

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**UMA ABORDAGEM CULTURAL NO PROCESSO DE PARIR**

**FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2004.**

CARLA SCHEUER  
GILCIONE AMARAL MADRUGA  
SABRINA INES VAZ  
TATIANA CLAUMANN FREYGANG

**UMA ABORDAGEM CULTURAL NO PROCESSO DE PARIR**

Relatório da Prática Assistencial apresentado  
à disciplina de Enfermagem Assistencial  
Aplicada da 8ª Fase do Curso de  
Graduação em Enfermagem

**ORIENTADORA:**

Profª Vitória Regina Petters Gregório

**SUPERVISORAS:**

Enfª Eli Rodrigues Camargo Siebert

Enfª Nezi Maria Martins

**TERCEIRO MEMBRO DA BANCA:**

Profª Maria Emília de Oliveira

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2004.





N.Cham. TCC UFSC ENF 0374  
Título: Uma abordagem cultural no processo  
de parir.



972493591 Ac. 241640

Ex.1 UFSC BSCSM CCSM

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0374  
Ex.1

"...fatores culturais determinam a aceitação do parto, seu  
ajustamento a ele e os rituais que o cercam.  
Tais fatores culturais são responsáveis pelo estilo  
de parto de uma dada sociedade..."

Kitzinger (1987).

## AGRADECIMENTOS

À nossa orientadora Vitória pela dedicação, apoio, transmissão de conhecimentos e confiança.

Às supervisoras Eli e Nezi pela sabedoria, companheirismo, contribuições e acima de tudo pela amizade.

Às enfermeiras do Centro Obstétrico Sonia, Elisete e Dionice pelo acolhimento e disponibilidade em nos guiar durante o estágio.

À professora Maria Emília pelo carinho e pelas contribuições sugeridas neste trabalho.

À equipe do Centro Obstétrico pela solidariedade e receptividade.

Às parturientes e acompanhantes que participaram deste estudo, pela aceitação e confiança, sem eles os objetivos deste trabalho não teriam sido alcançados.

Ao grupo de casais grávidos HU/UFSC por compartilharmos momentos especiais.

Aos amigos de turma pela amizade, companheirismo e pelos bons momentos que passamos juntos.

## Carla agradece...

À Deus, meu grande pai e guia em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Ilário e Neuci que muitas vezes renunciaram seus sonhos a favor dos meus. Obrigada por esta conquista. Amo vocês.

À minha irmã Rafaela, pela amizade, carinho e dedicação. Obrigada por fazer parte da minha vida. A mana te ama.

Ao meu grande amor Douglas, pelo apoio, dedicação, incentivo e por me fazer feliz. Te amo muito.

Ao Seu Casé e Dona Nilza pelo carinho, apoio e incentivo.

Aos funcionários da Cirúrgica I, pelo aprendizado, apoio e amizade.

Aos amigos Bina, Gil e Tati por compartilharem comigo este momento especial da minha vida.

E a todas as amigadas que conquistei durante os quatro anos de faculdade.



**Gil agradece...**

Primeiramente à Deus, por haver me concedido força, serenidade e pela oportunidade de findar mais esta etapa.

Aos meus pais, pela simplicidade e sabedoria de conduzir a vida e participar da construção do caráter de quatro filhos. Amo vocês.

Aos meus irmãos e sobrinhos por entenderem minha ausência nas reuniões e festas de família.

Às amigas, Bina, Carla e Tati, pelo convite a realização deste trabalho e por compartilhar grandes momentos, grandes gargalhadas, grandes objetivos. Obrigado meninas, amo vocês. Vocês fazem parte de minha história.

Aos meus colegas de trabalho, que abriram espaços em suas vidas e me substituíram sempre, para que pudesse estudar, vocês fazem parte desta vitória.

Ao Luiz Fernando, maior e melhor amigo que alguém pode ter, por acreditar que eu poderia ser um Enfermeiro, você estava certo, como sempre.

À Cris Aniola, por ser quem você é. Te amo.

## Sabrina agradece...

À Deus, pelo dom da vida e por iluminar sempre os meus caminhos.

Ao meu pai Carlos Rogério, aonde quer que você esteja, sei que torceu por mim.

À minha mãe Maria Vilma, que muitas vezes renunciou seus sonhos em favor dos meus. Obrigada pelo amor, carinho, dedicação e por estar ao meu lado em todos os momentos. Amo você. Vencemos.

Ao meu amor Gilberto, pelo apoio, incentivo, compreensão e por compartilhar comigo todos estes momentos. Te amo.

Às minhas avós, Doraci e Maria pelo carinho e orações feitas ao meu favor.

Aos funcionários da Casan, Edna, Baze, Emília, José, Mosquito, Terezinha e Walfredo pela amizade, atenção e incentivo durante a minha trajetória na empresa.

Aos meus amigos Carla, Gil e Tati, pelos momentos de alegria, descontração e dificuldades que passamos juntos. Desejo a vocês muito sucesso.

Às minhas amigas Jaque e Mirella, pela amizade verdadeira nessa longa caminhada.

Tatiana agradece...

A Deus, por me dar a oportunidade de chegar até aqui. Espero que continue me guiando neste novo caminho que estou começando a trilhar.

Aos Pais, Frederico e Claudete, que me deram a vida, e me ensinaram a vivê-la com dignidade. Que muitas vezes renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus... Obrigada pelo seu amor e dedicação.

Aos que amo, pelas palavras amigas, pelo sorriso franco, pela mão estendida, por vibrarem a cada nova conquista, por me ajudarem a sentir o quão importante é tê-los ao meu lado.

Aos amores, agradeço com todo carinho por estarem comigo quando mais precisei... Foi muito importante para mim. Muito obrigada por compreenderem, amo vocês!

À minha irmã, Cristina, que mesmo distante, me incentivou a continuar.

Aos amigos, que souberam compreender as minhas ausências e que me apoiaram nos momentos em que precisei.

À Carla, Sabrina e ao Gil, por sua paciência, amizade e compreensão. Pelos dias que passamos reunidos, pela oportunidade de caminharmos juntos, e por terem vivido comigo a realização de um sonho.

## **RESUMO**

Este trabalho trata de uma prática assistencial realizada por acadêmicos do último semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvida no período de 09 de outubro a 09 de dezembro de 2003, no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário. Relata o cuidado desenvolvido junto às parturientes, acompanhantes e recém-nascidos. Tem como objetivo implementar cuidados de enfermagem à parturiente, recém-nascido e acompanhante, conhecendo e respeitando o contexto cultural relacionado ao processo de parir, fundamentados na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. Implementamos cuidados de enfermagem a 60 parturientes e seus acompanhantes, selecionamos três parturientes com as quais realizamos o processo de enfermagem e escolhemos um para descrever no trabalho. Este estudo mostra que para realizar um cuidado culturalmente congruente, deve-se respeitar e valorizar as crenças, valores e comportamentos da parturiente e seu acompanhante, oferecendo apoio, orientação, confiança, segurança e incentivando-os na participação ativa no processo de parir, contribuindo assim para diminuir a distância entre os conhecimentos popular e profissional.

---

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
<b>3</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>16</b>
3.1	PARTO: EVOLUÇÃO E ENFOQUE CULTURAL .....	16
3.2	TRABALHO DE PARTO E ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO PARTO .....	18
3.2.1	Sinais e Sintomas do Trabalho de Parto .....	18
3.2.2	Internação da Parturiente .....	20
3.2.3	Preparação da Parturiente .....	21
3.2.4	Períodos Clínicos do Parto .....	22
3.3	TIPOS DE PARTO.....	31
3.3.1	Parto de Cócoras (Vertical) .....	31
3.3.2	Parto Cesáreo .....	31
3.3.3	Parto com Fórceps.....	33
3.3.4	Parto na Água .....	33
3.3.5	Parto de Leboyer .....	34
3.4	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO .....	35
3.4.1	Assistência Imediata ao RN .....	35
3.4.2	Assistência Mediata ao RN .....	37
3.4.3	Exame Físico do RN .....	37
3.5	HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....	40
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>42</b>
4.1	MARCO CONCEITUAL .....	42
4.2	SÍNTESE DA TEORIA .....	42



4.3	PRESSUPOSTOS DE MADELEINE LEININGER .....	44
4.4	PRESSUPOSTOS PESSOAIS.....	45
4.5	CONCEITOS GERAIS.....	46
4.5.1	Ser Humano.....	46
4.5.2	Enfermagem.....	46
4.5.3	Contexto Ambiental .....	46
4.5.4	Saúde.....	47
4.5.5	Cultura .....	47
4.5.6	Cuidado.....	47
4.5.7	Cuidado Popular .....	47
4.5.8	Cuidado Profissional .....	48
4.5.9	Comportamento.....	48
4.5.10	Processo de Parir.....	48
4.6	PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	49
4.6.1	Fases do Processo de Enfermagem.....	49
4.6.2	Levantamento de Dados.....	49
4.6.3	Diagnóstico de Enfermagem.....	50
4.6.4	Planejamento.....	50
4.6.5	Implementação .....	50
4.6.6	Avaliação.....	51
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>52</b>
5.1	LOCAL DE ESTÁGIO.....	52
5.1.1	Hospital Universitário – HU.....	52
5.1.2	Maternidade do Hospital Universitário.....	53
5.2	PERÍODO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO.....	55
5.3	POPULAÇÃO ALVO .....	55
5.4	PLANEJAMENTO.....	55
<b>6</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>59</b>
<b>7</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>94</b>

<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>96</b>
<b>9</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>99</b>
<b>10</b>	<b>BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS .....</b>	<b>104</b>
<b>11</b>	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>106</b>
<b>12</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>115</b>

---

## 1 INTRODUÇÃO

O parto é, essencialmente, símbolo de vida, no que ela encerra de surpresa, risco, imprevisibilidade. Na vida fazemos planos, criamos expectativas e projetos para o futuro que nem sempre se concretizarão da maneira prevista. No parto ocorre o mesmo: nunca se pode prever, com absoluta certeza, o que vai acontecer – quantas horas vai durar a dilatação, como será o período expulsivo, se vai transcorrer de modo normal ou se irão surgir complicações, se será tranquilo, doloroso ou difícil, se o bebê vai nascer antes, depois ou dentro do prazo previsto, se será normal ou com malformações não detectadas na gravidez, se vai viver ou morrer (MALDONADO, 1997).

O parto, por conseguinte, pode ser considerado como um verdadeiro processo psicossomático, cujas características são multideterminadas por inúmeras facetas do contexto sociocultural, da individualidade físico-psicológica da parturiente e do contexto assistencial (MALDONADO, 1997).

O nascimento representa uma série de mudanças na vida da mulher que está por parir, do marido e da família. Estas mudanças estão intimamente ligadas com a vivência de cada ser humano, com sua construção de vida, seus conceitos, valores sócio-culturais e maneira de reagir frente aos estímulos que a vida apresenta.

Tais fatores, despertaram nos autores um desejo de estudar com maior profundidade os eventos culturais que podem envolver o processo de parir, pois acreditamos que a cultura influencia as parturientes como também quem está prestando o cuidado neste momento. Sendo assim, descobrimos que tínhamos duas paixões em comum: a primeira, o desejo de explorar questões relacionadas à obstetrícia e a segunda, o desejo de desenvolver um cuidado com as parturientes e acompanhantes de forma a considerar seu contexto cultural, bem como a forma destes encararem o processo de parir.

A possibilidade de realizar um trabalho com as parturientes e acompanhantes foi uma escolha que se deu no decorrer das aulas da disciplina de enfermagem obstétrica, principalmente porque esta área nos permitiu trabalhar com a vida no seu princípio, envolvendo emoções e situações que exigiam cuidados especiais propiciando o

desenvolvimento saudável do “novo ser” e daqueles que o cercam, fazendo compreender o fascinante momento que é o processo de parir e suas diferentes repercussões culturais.

Decidimos, então, desenvolver nossa prática assistencial no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário, por ser este um hospital-escola, onde realizamos a maioria dos estágios acadêmicos, por apresentar um ambiente tranquilo, onde o que importa não é a quantidade e sim a qualidade da assistência prestada, e principalmente por possuir uma filosofia de atendimento que preconiza a humanização, estimulando a presença do acompanhante durante todo o processo do nascimento. Permite, também, que a mulher faça a escolha entre as posições de parto normal, vertical ou horizontal.

Escolhemos a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, por ser uma teoria que enfoca a cultura da cliente para realizar o cuidado. O cuidado deve ser feito de forma a sempre levar em conta esta cultura de todas as parturientes e acompanhantes.

Leininger (1985) refere que o cuidado, a partir de uma perspectiva transcultural, pode fazer a diferença na forma como as pessoas consideram a vida, recuperam-se de enfermidades e mantêm sua saúde, ou enfrentam a morte. O cuidado culturalmente congruente é definido e conhecido, devendo ser estudado e usado nas práticas de enfermagem. Colocações apropriadas do cuidado cultural podem atingir os clientes mais difíceis e tornar a atividade de enfermagem uma atividade terapêutica. Desta forma, o cuidado culturalmente congruente é o que ajuda as pessoas a crescerem e conhecerem outras formas de enfrentarem desafios do tipo saúde-doença. Isto é um importante meio pelo qual o público pode melhor conhecer e entender a enfermagem, bem como, diminuir o distanciamento que o excesso de tecnologia fornece ao nascimento.

Através da realização deste trabalho, queremos compartilhar conhecimentos e saberes com as parturientes e acompanhantes. Acreditamos que ao implementar um cuidado humanizado, respeitando seus valores, crenças, comportamentos, enfim, dando valor ao contexto assistencial, influímos de forma diferenciada na vivência do parto.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Implementar cuidados de enfermagem à parturiente, recém-nascido e acompanhante no Centro Obstétrico do Hospital Universitário, conhecendo e respeitando o contexto cultural, relacionado ao processo de parir fundamentados na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Reforçar conhecimentos sobre a metodologia e filosofia de assistência da instituição e interagir com a equipe multiprofissional no CO.
2. Planejar e implementar cuidados à parturiente, recém nascido e estimular a participação do/a acompanhante durante o processo de parir, de forma a preservar, adaptar e/ou repadronizar o cuidado de enfermagem.
3. Identificar crenças e valores da parturiente e acompanhante no processo de parir;
4. Relacionar conhecimentos populares da parturiente e acompanhante com o conhecimento profissional para prestar um cuidado culturalmente congruente.
5. Buscar aprofundar e ampliar os conhecimentos em relação à teoria de Leininger e sobre Enfermagem Obstétrica e Neonatológica.
6. Participar do grupo de casais grávidos do HU/UFSC a fim de nos instrumentalizarmos sobre as questões culturais da gestante e/ou acompanhante.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 PARTO: EVOLUÇÃO E ENFOQUE CULTURAL

Segundo Arruda apud Brüggemann (2001), no passado, o trabalho de parto e parto era acompanhado pelas aparadeiras, parteiras ou comadres, estas eram mulheres de confiança da gestante, da família e eram reconhecidas pela comunidade, que apesar de pouco conhecimento relacionado aos mecanismos da reprodução humana e de parto, detinham um saber empírico sobre a continuidade da vida. Eram mulheres geralmente pobres que realizavam seu trabalho gratuitamente, com se fosse um sacerdócio. Os médicos eram raros e pouco familiarizados com o atendimento à parturiente, pois o nascimento era considerado um processo “sujo” voltado aos cuidados femininos.

Até o século XII, a participação masculina ao atendimento do parto era muito pouco freqüente. Obstáculos morais impediam a entrada do homem aos aposentos da parturiente, o que contribuiu para o atraso da tocoginecologia médica em relação ao desenvolvimento da medicina como um todo. Por ser considerado um processo natural, a presença ou assistência do médico era dispensada (OSAVA e MAMEDE apud BRÜGGEMANN, 2001).

Aos poucos entre os séculos XVI e XVII surgiu a figura do cirurgião e a parteira foi perdendo sua importância. O parto foi deixando de ser “assunto de mulheres”, tornando-se um procedimento médico. Com a crescente inclusão do cirurgião, a posição de decúbito dorsal do parto, passa a ser a mais adotada, por melhor facilitar o trabalho do médico e a utilização de seus instrumentos. Começam também a utilização das argolas e das correias que imobilizam a mulher, e a cena, passa a ser iluminada por refletores (MALDONADO, 1997).

Ao final do século XVI, inicia-se a utilização do fórceps obstétrico. Os procedimentos que antes eram percebidos como cuidar da parturiente, passaram a ter uma expressão com o

uso do fórceps, permitindo a visualização da intervenção masculina e substituição do paradigma não intervencionista (OSAVA e TANAKA apud BRÜGGEMANN, 2001).

O fórceps veio a confirmar o conhecimento médico, salvando muitas vidas numa época em que a cesariana resultava em alto índice de mortalidade materna. Marca-se, assim, o início da medicalização do parto (MALDONADO, 1997).

As origens da cultura do nascimento na obstetrícia ocidental moderna são remontadas ao século XVII. O modelo cartesiano do dualismo mente/corpo evoluiu para o corpo como uma máquina, e a divisão conceitual entre o corpo e a alma retirou o corpo do jugo da religião e o depositou nas mãos da ciência (HELMAN, 1994).

Segundo Helman (1994), os antropólogos relatam diferenças evidentes sobre concepção, gravidez e parto entre grupos culturais distintos e os chamam de sistema de crenças herdados da cultura do nascimento.

Monticelli (1997), faz um rastreamento da visão do nascimento em diversas culturas e sob várias perspectivas, mostrando a grande diversidade mundial na representação do mesmo. O nascimento é visto de diversas maneiras dependendo dos valores, atitudes e crenças de cada cultura.

Conforme Santos (2000), cabe salientar que a cultura é propriedade de uma sociedade ou grupo e que esta mesma sociedade ou grupo é quem a cria para uso e benefício próprio. Portanto, cultura e cuidado apresentam-se intimamente relacionados. Cultura não é algo estático, pode mudar e transformar-se. Não é algo celular, que seja individual, mas sim compartilhado. Todos têm cultura e é ela que determina em grande parte nossas diferenças. A cultura inclui valores, símbolos, regras de vida e costumes.

Langdon apud Santos (2000), descreve cultura como algo que é aprendido, compartilhado, padronizado. Não nega o papel biológico da natureza humana, porém não é ele quem determina as diferenças, as necessidades e características biológicas são modeladas pela cultura. A autora diz que organiza o mundo para o grupo e o organiza segundo sua própria lógica para formar um total. Assim, a cultura tem sua própria lógica e sua interação depende dessa lógica. A cultura, antes de tudo, mostra uma visão do mundo, de como é organizado, como atuar nele e quais são os valores sobre estas atividades.

Partindo-se do pressuposto de que todos os seres humanos têm cultura, assim como todos nascem e morrem, por que não compreender, considerar e respeitar esta cultura? Por outro lado, será que todos têm a mesma cultura? Todos nascem e morrem da mesma maneira? Encarar o nascimento apenas como um evento clínico que precisa ser “controlado” leva-nos a



considerar todos em um mesmo plano, sem histórias e experiências próprias de vida (MONTICELLI, 1997).

### 3.2 TRABALHO DE PARTO E ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO PARTO

Para Ziegel & Cranley (1985), o trabalho de parto é o processo que conduz ao apagamento progressivo e dilatação da cérvix e à descida da parte que se apresenta, com a eventual expulsão do feto e dos outros produtos da concepção. O efetivo nascimento do feto é chamado de parto.

O trabalho de parto é uma função “natural” do organismo feminino, no entanto, o processo provoca modificações de ordem interna e externa, tornando-se um momento carregado de sentimentos e emoções, tanto para quem é assistido como para quem assiste (FUSTINONI, 2000).

Segundo Rezende (1998), o parto é o estágio resolutivo do ciclo grávido-puerperal. Em condições normais o parto não se deveria dar senão ultimado amadurecimento do concepto, na sua vida intra-uterina. É o parto a termo; se o feto nasce antes disso, trata-se de parto prematuro ou pretermo, rótulo imposto à interrupção da gravidez antes de 37 semanas completas. Quando o concepto não atingiu a vitabilidade colocada, teoricamente, antes de 22 semanas completas, cogita-se abortamento. São prenhez serôdias ou protraídas, as que ultrapassaram a data prevista do parto, então considerado pós-maduro. É denominado parto espontâneo, quando se desencadeia, envolve e termina sem qualquer interferência; induzido, se medicamento ou manobra o provocaram; dirigido nos casos de participação ativa do obstetra (amniotomia, tocoanalgésicos, ocitócitos, episiotomia) em seu desenrolar; operatório, diante de manobra ou ato cirúrgico efetuados para realiza-lo ou concluí-lo; normal ou eutócico, transcorrido fisiologicamente, e distócico, perturbado por condições anômalas, patológico.

#### 3.2.1 Sinais e Sintomas do Trabalho de Parto

Nos últimos 15 dias de gestação existem alguns fenômenos que precedem o início do trabalho de parto. De acordo com Rezende e Montenegro (1995) estes fenômenos (sinais e sintomas) confundem a gestante quanto ao início do verdadeiro trabalho de parto, gerando ansiedades à gestante e à família. Segundo Brügemann (2002), os sinais e sintomas prodrômicos são:



Descida do fundo uterino (queda do ventre): isto ocorre pela adaptação do pólo fetal ao estreito superior assim formando o segmento inferior. Situado próximo ao apêndice xifóide o fundo uterino baixa de 2 a 4 cm estando condicionado a ventilação pulmonar, devido à descompressão do diafragma, facilitando assim a respiração.

Insinuação da apresentação: a acomodação ou adaptação do pólo fetal no estreito superior leva ao aumento das dores lombares e polaciúria, devido à compressão vesical. Nas primíparas, a insinuação se inicia aproximadamente de duas a três semanas antes do início do trabalho de parto e nas múltiparas, a insinuação geralmente ocorre no momento do trabalho de parto.

Perda do tampão mucoso: as glândulas cervicais que secretam muco fazem com que este fique acumulado durante a gravidez no canal cervical. À medida que a cérvix vai se apagando e dilatando, o tampão mucoso é expelido. Ocasionalmente, pode acompanhar, outras secreções vaginais e vestígios de sangue (sinal sangüíneo).

Amolecimento do colo uterino: alguns processos bioquímicos complexos, estão envolvidos neste evento, entre eles, a síntese do condroitinsulfato, um dos componentes mais importantes da substância fundamental do tecido conjuntivo que está mais elevado no colo maduro do que no imaturo.

Apagamento e dilatação cervical: o esvaecimento ou apagamento cervical ocorre quando a cérvix se encurta e afina. Isto ocorre freqüentemente entre três e quatro semanas antes do trabalho de parto. As primíparas podem apresentar apagamento completo antes do início do trabalho de parto.

Contrações uterinas (Braxton-Hicks): de intensidade e freqüência variáveis, tornam-se moderadamente dolorosas. Sua freqüência é maior no período noturno diminuindo pela manhã.

Ocorrência de manifestações locais: decorrem das modificações descritas nos itens anteriores, são caracterizados pela sensação de peso no baixo ventre, pela compressão nas porções inferiores do abdome, pela intensificação das varizes hemorroidárias e vulvares, e pelo aumento das secreções vaginais.

Segundo Rezende (1998), há de se considerar o trabalho de parto como uma síndrome. E como qualquer síndrome, um elemento isolado pode não ter representatividade. Os elementos que a compõem não têm, isoladamente, valor absoluto e somente o conjunto passa a ter significado. De forma esquemática podem ser apreciados:

1. Apagamento e dilatação do colo por ação das contrações uterinas (colo apagado nas primíparas e com 2 cm de dilatação, nas múltiparas, semi-apagado com 3 cm de dilatação).
2. Contrações uterinas rítmicas (no mínimo duas em dez minutos).
3. Formação da bolsa das águas.
4. Perda do tampão mucoso.

Quadro comparativo entre o trabalho de parto verdadeiro e falso:

<b>Verdadeiro trabalho de parto</b>	<b>Falso trabalho de parto</b>
Contrações regulares (intervalo gradativamente decrescente). Duração e intensidade aumentando gradativamente.	Contrações com intervalo irregular (sem diminuição do intervalo). Duração e intensidade sem alteração.
Dilatação e apagamento cervical progressivo.	Não ocorrem alterações cervicais.
Descida progressiva da apresentação.	Não ocorre descida da apresentação.
A gestante refere desconforto ou dor localizada nas costas e que se irradia para o abdome.	A gestante refere desconforto ou dor localizada apenas no abdome.
As contrações não se interrompem com a sedação.	As contrações interrompem-se com a sedação.

Fonte: BRÜGGEMANN, 2002, p.27.

### 3.2.2 Internação da Parturiente

De acordo com Brüggemann (2002), a admissão da gestante deve acontecer num clima agradável porque este momento caracteriza-se pelo envolvimento de muita insegurança e incertezas por parte da mãe e/ou familiares. Portanto, todo profissional de saúde deve ter em mente sua competência e habilidade e realizar a admissão da melhor forma possível, procurando ressaltar a assistência humanizada.

A avaliação da gestante que iniciou com a identificação de sinais e sintomas do trabalho de parto tem continuidade no momento da internação. Realiza-se a anamnese (idade,



paridade, intervalo interpartal, idade gestacional, tempo de frequência e início das contrações, sintoma de rotura das membranas, frequência dos movimentos fetais, presença de sangramento, antecedentes de DST, tipagem sangüínea e fator RH, diabetes, hipertensão, cardiopatia, última ingestão de alimentos, alergia a medicamentos, tabagismo, alcoolismo ou uso de drogas); exame físico (presença de edemas, pressão arterial, pulso, temperatura, peso) que permite detectar doenças intercorrentes ou fatores que possam complicar o trabalho de parto; exame abdominal (avaliação do volume fetal, diagnóstico da situação, apresentação e posição fetal, batimentos cardíacos do feto, altura do fundo uterino, dinâmica uterina); exame pélvico (especular – para realizar amnioscopia, confirmar a rotura das membranas, observar as características do líquido amniótico e identificar a procedência de sangramento; digital – toque vaginal) e é necessário estar atento aos registros existentes no cartão do pré-natal e às informações fornecidas pela parturiente e família (BRÜGGEMANN, 2002).

### 3.2.3 Preparação da Parturiente

#### Tricotomia

Para Ziegel e Cranley (1985) a tendência atual é limitar a tricotomia, removendo somente os pêlos da área entre os grandes lábios e o ânus. A conduta mais segura é omitir a tricotomia completamente e cortar os pêlos com tesoura, se for necessário, para facilitar o reparo da episiotomia.

BRASIL (1996), não recomenda o uso rotineiro de tricotomia uma vez que pode aumentar o risco de infecção, considerando-a como um procedimento desnecessário. A conduta a ser seguida deve ser discutida e implantada pela equipe de saúde da instituição, sendo que a tendência atual é abolir totalmente a tricotomia ou limitá-la apenas à região perineal.

Na instituição onde realizamos o trabalho, esta prática foi abolida, deixando a critério da parturiente sua escolha em fazê-lo ou não.

#### Enema

Segundo Rezende e Montenegro (1995), enema é o esvaziamento do reto, sigmóide e colo descendente que pode evitar a contaminação por ocasião do parto. Entretanto, atualmente discute-se a sua utilização de forma rotineira.

BRASIL (1996), considera o enema de rotina um procedimento desnecessário, sendo de escolha da mulher a sua realização.

No HU, onde o trabalho foi realizado, é respeitado o desejo da mulher.

### Higiene Corporal

Após a realização da tricotomia e enema, quando indicados, a parturiente deve ser orientada e encaminhada ao banho geral. Além de diminuir riscos de infecção, proporciona bem estar geral.

### Vestuário

A parturiente usará a roupa adotada pela maternidade e um forro perineal (BRÜGGEMANN, 2002).

### Dieta

Para Ziegel e Cranley (1985) pode-se fornecer pequenos fragmentos de gelo ou picolé, pequenas quantidades de água, chá ou caldo no início do trabalho de parto, passando a ser restringido no trabalho de parto em franca evolução ou com sinais de riscos, a fim de evitar possível regurgitação e aspiração quando se necessita de narcose.

] BRASIL (1996), recomenda que esta rotina deve ser avaliada para cada situação.

No Centro Obstétrico do HU, é oferecida dieta líquida restrita até 7cm ou dieta zero no caso de indicação de cesárea.

### 3.2.4 Períodos Clínicos do Parto

Segundo Brüggemann (2002), na evolução clínica do parto distinguem-se três períodos ou fases: dilatação, expulsão, dequitação ou secundamento. A este, se segue um quarto período, dito de Greenberg. Cada período possui características específicas no que se refere às modificações e evolução.

### **Primeiro Período: Dilatação Cervical**

Segundo Rezende (1998), este período inicia-se com as primeiras contrações uterinas dolorosas que começam a modificar a cérvix e termina quando sua dilatação está completa. Nas contrações ocorre um aumento gradual da dilatação, resultante do incremento, na intensidade e na frequência das contrações de Braxton-Hicks, melhor coordenadas e envolvendo áreas cada vez maiores. É neste período que acontece o amolecimento e apagamento, orientação e abaixamento do colo. É durante este período que se abre o diafragma cérvico-segmentário e se forma o canal do parto, isto é, a continuidade do trajeto



uterovaginal, com dois fenômenos a predominar: o apagamento do colo ou desaparecimento do espaço cervical, incorporação dele à cavidade uterina e a dilatação da cérvix, ao fim da qual, suas bordas limitantes ficam reduzidas a simples relevos, aplicados às paredes vaginais. Nas primíparas estes fenômenos são distintos, ocorre primeiro o apagamento e depois a dilatação; nas multíparas estes fenômenos ocorrem simultaneamente. Ocorre também a descida do pólo fetal. Cria-se um espaço onde se irá coletar o líquido amniótico, tumefando as membranas ovulares (âmnio e cório), descoladas do istmo, formando a bolsa das águas.

De acordo com Delascio e Guariento (1981), a dilatação abrange dois fenômenos: o esvaecimento ou apagamento do canal cervical, que consiste na sua incorporação à cavidade uterina e a dilatação propriamente dita, na qual as bordas do orifício externo ficam reduzidas a relevos que se aplicam à parede pélvica. O início da fase de latência caracteriza-se pela presença de contrações regulares e pelo começo da dilatação; seu transcurso é lento e a duração média de 8 horas. Em primíparas pode levar em média de oito a doze horas e em multíparas cinco horas. A fase ativa principia com o progresso franco da dilatação e compõe-se de três períodos distintos: o de aceleração, em que a velocidade de dilatação começa a modificar-se (de 3 a 4 cm); de ascensão máxima, no qual o colo se dilata mais rapidamente (de 4 a 9 cm) e de desaceleração, em que o ritmo da dilatação diminui um pouco até a dilatação completa.

À medida que se acentua o efeito de tração das fibras miométriais sobre o colo, amplia-se a cervicodilatação. Cria-se assim, aos poucos, um espaço onde se irá coletar o líquido amniótico. Deste modo, forma-se a bolsa das águas, que é o pólo inferior do ovo, constituído pelo âmnio e cório. Ela insinua-se a princípio no orifício interno e, depois, no externo. A forma da bolsa das águas é variada; mais vezes se nos depara a chata ou semi-esférica. Entretanto, encontra-se, com freqüência, a saliente, cilíndrica ou piriforme, na qual a região fetal está alta e não repousa sobre a bolsa (DELASCIO e GUARIENTO, 1981).

A rotura espontânea das membranas (amniorrexe), com saída parcial do líquido amniótico, ocorre geralmente no final da fase de dilatação, no entanto, pode ocorrer precocemente (início do período de dilatação) ou no momento da expulsão do feto. Ela comumente ocorre na região central, próximo ao colo uterino, e com menos freqüência numa região próxima ao fundo uterino, sendo denominada de rotura alta (BRÜGGEMANN, 2002).

Conforme Rezende (1991), a rotura é classificada de acordo com o momento em que ocorre durante o trabalho de parto, tais como: prematura (antes do início), precoce (no começo), oportuna (na fase final) e tardia (no momento da expulsão do feto). São ainda classificadas de acordo com a forma que ocorrem, isto é, espontânea, provocada ou artificial

(dedo ou instrumento), e intempestiva, quando acarreta prolapso ou procidência do cordão umbilical.

A presença de mecônio ou de verniz caseoso, na vagina ou vulva, também indica o rompimento das membranas. A cor do líquido amniótico também possui um significado clínico, assim, quando se apresenta com a cor vermelha escura ou “achocolatada”, sugere a presença de feto macerado ou de sangramento na cavidade uterina, e, quando tinto de mecônio ou esverdeado, indica sofrimento fetal se estiver associado com alterações patológicas dos batimentos cardíacos fetais (BRUGGEMANN, 2002).

Para Rezende (1991), a integridade das membranas é necessária para uma boa evolução do trabalho de parto e elas devem ser conservadas íntegras até a dilatação completa. Além da função de cunha hidráulica, favorecendo a dilatação cervical, também defendem a cavidade uterina e o feto contra a penetração de germes vaginais ou vinculados no momento do toque.

Segundo Freitas (1997), a rotura artificial das membranas é eficaz particularmente quando o colo é favorável e deve ser realizado somente nos casos de apresentação cefálica e encaixada, porém influencia de forma negativa no aumento do tempo de latência do parto. Os ocitócicos são substâncias que tornam o parto rápido, aumentando a intensidade das contrações uterinas e sua freqüência, tornando maior a atividade do órgão (REZENDE, 1991).

De acordo com BRASIL (1996), o uso de ocitocina necessita de cuidados especiais como: a utilização da bomba de infusão para controle rigoroso do gotejamento, avaliação da dinâmica uterina e batimentos cardíaco-fetais.

A postura da parturiente, isto é, a posição e atividade (repouso ou deambulação), adotadas durante o período de dilatação interferem na sua evolução, assim como no bem-estar materno e fetal. Entre elas temos:

- Decúbito Dorsal Horizontal: as contrações são mais freqüentes e incoordenadas, menos intensas e mais dolorosas;
- Decúbito Dorsal Lateral: as contrações se tornam menos freqüentes e intensas, desaparecendo a incoordenação;
- Decúbito Lateral: as alterações da freqüência cardíaca fetal são menos freqüentes, inclusive podendo ser corrigidas quando a parturiente assume esta posição;
- Débito cardíaco e volume sistólico: que estão reduzidos no decúbito dorsal, devido à compressão da veia cava inferior pelo útero grávido, se elevam no decúbito lateral;
- Deambulação: melhora a coordenação miometrial, eleva a atividade uterina, diminui a duração do período de dilatação e as parturientes sentem menos desconforto. Além disso, o



efeito da gravidade favorece a pressão da apresentação fetal sobre o segmento inferior do colo uterino (BRÜGGEMANN, 2002).

Assistência de enfermagem, segundo Brüggemann (2002):

#### Respiração

- Orientar a parturiente a realizar respiração superficial (inspirar e expirar o ar pelo nariz) e rápida durante as contrações;
- Orientar a parturiente a realizar respiração lenta e profunda após a contração, em seguida retornando ao ritmo normal.

#### Posição no leito

- Orientar a parturiente a permanecer na posição mais confortável, evitando a de decúbito dorsal;
- Orientar a parturiente sobre a importância do decúbito lateral por descompressão da veia cava, adotando preferencialmente o esquerdo;
- Orientar a parturiente a contra-indicação da posição de decúbito dorsal.

#### Atividade física

- Orientar e estimular para que a parturiente deambule;
- Orientar a parturiente para que alterne as posições como: sentar e deitar em decúbito lateral preferencialmente o esquerdo, de acordo com a sua vontade;
- Estimular sono e repouso quando o trabalho de parto se inicia à noite e/ou não ocorre evolução, propiciando ambiente adequado para tal, evitando assim desgaste físico desnecessário;
- Respeitar a vontade da parturiente com relação à atividade física, sempre que possível, desde que não interfira no bem-estar materno-fetal.

---

#### Alimentos e líquidos

- Orientar e explicar à parturiente que não receberá alimentos sólidos durante o trabalho de parto;
- Oferecer líquidos como água, chá, para aliviar o sabor desagradável da boca e como fonte de líquidos e calorias, se não houver contra-indicação;
- Molhar a boca da parturiente com algodão ou gaze embebido em água ou estimular a higiene oral para evitar o ressecamento da mucosa, quando contra-indicado a ingestão hídrica;

- Providenciar hidratação parenteral nos casos de vômitos frequentes ou trabalho de parto prolongado, para prevenir hipoglicemia e desidratação.

### Eliminações

- Orientar a parturiente para urinar todas as vezes que sentir vontade ou a cada duas horas, pois a bexiga hiperdistendida pode causar o aumento da dor durante as contrações, retardando assim, a progressão da cabeça fetal;
- Observar distensão vesical e, se presente, realizar manobras para a micção espontânea; não obtido sucesso realizar cateterismo vesical;
- Orientar e explicar quanto às eliminações intestinais;
- Observar as características das secreções vaginais e do líquido amniótico, quanto à cor, odor e quantidade.

### Higiene pessoal

- Orientar, estimular e encaminhar a parturiente ao banho de chuveiro, respeitando a sua vontade, observando as contra-indicações e indicações;
- Trocar forros perineais sempre que estiverem molhados, principalmente após rotura das membranas;
- Manter a cama da parturiente limpa e seca;
- Realizar banho no leito em caso de repouso relativo ou absoluto;
- Estimular a parturiente quanto à higiene do rosto, das mãos, cabelos e troca de camisolas.

### Controle dos sinais vitais

- Pulso: de 1/1 hora entre as contrações;
- Pressão arterial: de 1/1 hora entre as contrações;
- Temperatura: de 4/4 horas e, nos casos de rotura das membranas, de 2/2 horas;
- Respiração: de difícil controle, realizar apenas quando houver indicação específica.

### Controle dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

- Deve ser realizado de 30/30 minutos ou, no máximo, de 1/1 hora, sendo feito antes/durante e 20 segundos após a contração.



### Controle da dinâmica uterina

- Verificar de 1/1 hora, posicionando a parturiente em decúbito lateral, com a mão espalmada no fundo uterino, permanecer durante 10 minutos observando e registrando a frequência e a duração das contrações.

### Atenção aos sinais de perigo

- Sangramento vaginal abundante ou hemorragia;
- Distúrbios visuais, tonturas, vômitos, dor epigástrica, inquietude e cefaléia;
- Distensão do segmento inferior do útero, alterações na DU (hipertonia ou hiperatividade);
- Alterações no BCF.

Mediante os sinais de perigo deve-se: verificar os sinais vitais, puncionar veia calibrosa, manter a parturiente em decúbito lateral esquerdo, instalar oxigênio nasal por cateter se sofrimento fetal e solicitar a avaliação do médico obstetra.

### **Segundo Período: Fase de expulsão**

Segundo Rezende (1998), esta fase começa quando a dilatação está completa e termina com a saída do feto; as contrações se tornam mais intensas e frequentes, com intervalos progressivamente menores, até chegarem a 5/10 minutos. Ocorre a “vontade de espremer”, ou, os “puxos”, semelhantes aos movimentos suscitados pela evacuação. A vulva se entreabre, dilata-se lentamente, e se deixa penetrar pela apresentação. Desprende-se o feto, ao qual ficará ligado unicamente pelo cordão umbilical.

É durante este período que as forças do trabalho de parto movem o feto através do canal do parto e provocam o seu nascimento. O “motor” durante esta etapa provém de duas fontes – das contrações do músculo uterino como na primeira etapa; e agora, de maneira adicional, das contrações voluntárias dos músculos abdominais. A resistência ao motor vem do canal do parto, ao qual a cabeça da criança deverá se acomodar, e dos músculos e fáscias do assoalho pélvico (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

Assistência de enfermagem, conforme Brüggemann, (2002):

- Observar sinais de período expulsivo como abaulamento do períneo com protrusão do ânus, apagamento dos grandes lábios, abertura da vulva e coroamento da apresentação;

- Estar atento às queixas da parturiente, como vontade de fazer força e evacuar, realizar amniotomia, se necessário, e anotar no prontuário a hora, cor do líquido, odor e frequência cardíaca fetal;
- Arrumar a mesa de parto;
- Orientar a parturiente sobre o que está acontecendo e levá-la a sala de parto;
- Posicioná-la na sala de parto;
- Orientar a parturiente para realizar força durante as contrações, prendendo o ar e segurando o máximo possível e entre as contrações, orientá-la para descansar;
- Umedecer a face e secar o suor;
- Encorajar seus esforços e apontar seus progressos;
- Se fluidoterapia, observar o local da punção;
- Se necessário, providenciar anestésico para infiltração de períneo;
- Controlar os batimentos cardíacos do feto a cada 5 ou 10 minutos, no caso de período expulsivo prolongado;
- Controlar a pressão arterial, se necessário;
- Realizar a proteção do períneo;
- Observar estado geral do recém-nascido, fazer laqueadura do cordão umbilical e avaliar o Apgar do 1º minuto.
- Auxiliar o neonatologista a prestar os primeiros cuidados com o R.N;
- Colocar o recém-nascido junto à mãe e incentivar a amamentação;
- Possibilitar e incentivar a presença de um acompanhante e estimulá-lo para que o mesmo forneça apoio;
- Favorecer a interação precoce mãe x bebê x acompanhante;
- Comunicar aos familiares sobre o nascimento, estado geral do bebê e da parturiente.

### **Terceiro Período: Secundamento**

De acordo com Rezende (1998), este período se processa após o desprendimento do feto e se caracteriza pelo descolamento, descida/expulsão da placenta e suas páreas para fora das vias genitais. É caracterizado por três momentos:

- Descolamento ou dequitação: decorre, essencialmente, da retração do músculo uterino após o parto e das suas contrações; reduz-se de forma acentuada, a superfície interna do útero,

pregueando-se a zona de inserção da placenta, o que vai ocasionar o seu descolamento. A descídua cede e se desloca ao nível da zona não resistente (camada esponjosa). O deslocamento da placenta se efetua obedecendo as duas modalidades: 1. Mecanismo de Baudelocque-Schultze; 2. Baudelocque-Duncan.

O mecanismo de Baudelocque-Schultze ocorre em 75% dos casos, se dá quando a placenta inverte e desprende pela face fetal em forma de guarda-chuva. O sangue se exterioriza depois da placenta. No mecanismo Baudelocque-Duncan (25% dos casos) a desinserção começa pela borda inferior da parede lateral do útero. O sangue se exterioriza antes da placenta.

- Descida: acontece devido às contínuas contrações e à ação da gravidade. Do corpo uterino, passa a placenta ao segmento inferior, que, então, se distende. Percorre a cérvix e cai na vagina.

- Expulsão: através dos puxos, despertando novos esforços abdominais semelhantes às do 2º período do parto, há a expulsão da placenta para o exterior. No seu sítio de inserção forma-se uma ferida cruenta, com seus vasos abertos, liberando certa quantidade de sangue, até que se oblitere pelo mecanismo Pinard, conseqüente à retração uterina.

Assistência de enfermagem, de acordo com Brüggemann (2002):

- Orientar a puérpera e acompanhante sobre o que está acontecendo e prepará-la para a episiotomia, se necessário;
- Colocar o recém-nascido junto à mãe e incentivar-la ao aleitamento;
- Observar sinais de deslocamento e descida da placenta;
- Anotar a hora de deslocamento da placenta;
- Observar e anotar o mecanismo de deslocamento da placenta (Baudelocque-Duncan ou Baudelocque-Schultze);
- Pesar a placenta e medir o cordão umbilical;
- Verificar sinais vitais, principalmente pulso e pressão arterial;
- Observar aspectos clínicos do útero;
- Observar sangramento vaginal.



### **Quarto Período de Greenberg**

Para Rezende e Montenegro (1995), considera-se a primeira hora após a saída da placenta como quarto período, que é caracterizado por quatro fases:

- Miotamponagem: imediatamente após a expulsão da placenta o útero se contrai e pode ser palpável num ponto intermediário entre o pube e a cicatriz umbilical. A retração inicial faz com que ocorra a laqueadura viva dos vasos uterinos, constituindo a primeira linha de defesa contra a hemorragia.
- Trombotamponagem: é a formação de trombos nos grandes vasos útero-placentários, constituindo o hematoma intra-uterino que recobre de modo contínuo a ferida aberta no sítio placentário. Os coágulos enchem a cavidade uterina à medida que o fundo uterino se relaxa, levando-o a localizar-se ao nível da cicatriz umbilical. É a segunda linha de defesa contra hemorragia.
- Indiferença miouterina: o útero se torna “apático” e apresenta fases de contração e de relaxamento, com o perigo de encher-se progressivamente de sangue. Esta fase tende a ser maior nas multíparas, nos partos excessivamente rápidos, na prenhez múltipla, no feto macrossômico e quando os três primeiros períodos do parto ocorreram de forma prolongada.
- Contração uterina fixa: normalmente após uma hora o útero adquire maior tono e assim se mantém.

Assistência de enfermagem, segundo Brüggemann (2002):

- Observar a presença do globo de segurança de Pinard;
- Observar sangramento vaginal;
- Controlar os sinais vitais: PA e pulso a cada 15 minutos, sendo que os desvios de variação normal exigem a cada 5 minutos e temperatura a cada 1 hora;
- Trocar a camisola e colocar forro perineal;
- Transferir a puérpera, de maca, para a sala de recuperação;
- Observar a involução, altura, consistência e forma do útero;
- Proporcionar ambiente tranquilo;
- Ficar alerta aos sinais de perigo: sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumentado de tamanho, sudorese, diminuição da PA e aumento da frequência cardíaca. Devendo massagear o útero, colocar saco de areia, puncionar veia calibrosa, controlar a PA e solicitar avaliação médica;
- Encaminhar a puérpera com recém-nascido e acompanhante ao alojamento conjunto.

### 3.3 TIPOS DE PARTO

#### 3.3.1 Parto de Cócoras (Vertical)

Paciornick apud Rezende (1998) relata que na mulher acocorada ocorre um alargamento da vagina no sentido transversal e força a flexão do tórax, como se a mulher estivesse olhando o nascimento do seu filho. O cóccix é jogado para trás, alargando no sentido antero-posterior. Quando a mulher permanece com as pernas no chão ela pode utilizar os músculos dos membros inferiores, os mais eficientes do corpo, o que não acontece na posição ginecológica, pois suas pernas estarão sustentadas por perneiras, desprezando assim a musculatura. De cócoras o peso do feto representa a força aplicada fora da liberação cefálica auxiliada pelo fórceps. A limpeza das vias aéreas, impedindo a entrada de elementos estranhos, estaria ligada com a força de gravidade. O mesmo autor recomenda que, neste tipo de parto, as mulheres que não estejam preparadas fisicamente devem fazer exercícios de abaixar e levantar várias vezes ao dia. No final da gravidez, o peso do útero obriga a mulher acocorada a movimentos de bascula para frente, aumentando os diâmetros anteroposteriores. Forçando a abdução das pernas e inclinando o corpo para frente o diafragma pelviano se relaxa, os grandes lábios se separam, a vagina, a uretra e o ânus se entreabrem.

Para Maldonado (1997), a posição vertical permite um contato ativo entre mãe e bebê logo após o nascimento. Quando realizado num contexto de confiança e acolhimento – seja em maternidades, seja, em alguns casos, na própria casa – muitas distócias do parto, derivadas de tensão, ansiedade e atendimento apressado ou excessivamente intervencionista, não ocorrem, possibilitando a vivência do parto de modo mais tranquilo. Para algumas mulheres, a passagem do bebê pelo canal e o final do período expulsivo são vividos com uma sensação de prazer e de alívio.

De acordo com Sanchez (1998), a posição de cócoras aumenta em até 25% a elasticidade do canal de parto, facilitando a saída do bebê ao reduzir a compressão sobre a cabeça deste. A mulher também fica com mais liberdade de movimentos durante os intervalos das contrações.

#### 3.3.2 Parto Cesáreo

Segundo Neme apud Gregório (2002), a cesariana, também denominada de histerotomia, parto cesáreo ou simplesmente cesárea, é a forma pela qual o feto é retirado do ventre materno por dupla incisão abdominal e uterina. A indicação poderá ser de origem materna, fetal e anexial. Podem ter caráter absoluto ou relativo. Sua necessidade deverá



considerar a redução do trauma materno e fetal, garantindo a integridade intelectual do indivíduo.

Indicações absolutas:

- Desproporção cefalopélvica (DCP);
- Comprometimento anatômico do canal do parto (mole), condiloma acuminado, herpes ativo;
- Patologia anexial representada por placenta prévia total (PP);
- Sofrimento fetal agudo intraparto ou crônico impondo imediata extração do concepto e ausente cervicodilatação.

Indicações relativas:

- Parturiente com mais de uma cesárea;
- Primigesta idosa (mais de 35 anos);
- Primigesta adolescente com reduzido fundo de saco vaginal;
- Morte habitual fetal;
- Placenta prévia marginal ou lateral, principalmente com feto vivo e viável;
- Eclâmpsia intragestação ou intraparto;
- Varizes vulvares;
- Prenhez gemelar com fetos prematuros, mas viáveis, com o primeiro gêmeo em apresentação pélvica e o segundo em apresentação cefálica;
- Apresentação pélvica com feto prematuro viável.

O parto cesáreo, quando bem indicado, é a solução que salva a vida do bebê e/ou da mulher. Nesta situação, os riscos das complicações são minimizados pelos benefícios. Porém, quando uma cesárea é indicada por medo do parto vaginal ou de sofrer, por trauma resultante do sofrimento a que a mulher foi submetida em partos anteriores, por achar que existe perigo no parto vaginal, por vaidade, por achar que conturba menos o dia-a-dia profissional ou da família, entre outros, significa que há a necessidade da mulher conhecer condutas médicas que tornam o parto vaginal um acontecimento positivo, agradável, seguro e saudável (AMIGAS DO PARTO, 2003).

De acordo com Gregório (2002), existem dois tipos de técnicas operatórias:

- Transversa/Pfaunneuil ou mediana infra-umbilical: é a mais estética, pois é uma incisão transversal, acompanhando as linhas de força e diminuindo o número de hérnias incisionais, porém exige mais tempo para sua realização e atinge maior número de vasos locais.
- Mediana ou longitudinal: é indicada nas emergências e em pacientes que já têm incisão anterior. A incisão é feita na pele subcutânea e aponeurose e no mesmo sentido até próximo

da cicatriz umbilical. Apresenta menor risco de sangramento, menor risco de infecções de parede, melhor campo operatório e permite a retirada mais rápida do feto.

### 3.3.3 Parto com Fórceps

Conforme Ziegel e Cranley (1985), o fórceps é um instrumento empregado para extrair a cabeça do feto em certas condições onde o progresso é interrompido e pode resultar em perigo imediato ou remoto, para a mãe e/ou feto.

Para Costa apud Gregório (2002), o fórceps é uma pinça de dois ramos destinada à apreensão, tração, por vezes rotação e expulsão da cabeça fetal através do canal do parto, podendo também ser empregado no parto transabdominal.

As indicações do fórceps podem ser maternas, fetais, profiláticas e de alívio. O fórceps deve ser aplicado quando o colo já está completamente dilatado para evitar graves lacerações e sangramentos.

- Maternas: as resistências perineal e o sofrimento materno decorrente das parturições longas em que as contrações expulsivas não são aproveitadas.
- Fetais: diante de casos de sofrimento fetal, falha na progressão ou rotação da apresentação e frente ao período expulsivo prolongado.
- Profiláticas: em casos de doenças gerais nas quais se contra-indica o esforço expulsivo (cardiopatias, pneumopatias, etc.).
- De alívio: redução do estiramento dos músculos e nervos do assoalho pélvico no período expulsivo; diminuição do sangramento materno; preservação do pólo fetal nos casos de compressão prolongada (GREGÓRIO, 2002).

Segundo Neme apud Gregório (2002), a utilização incorreta do fórceps pode ocasionar danos maternos e fetais.

- Fetais: céfalo-hematoma, dano cerebral, seqüelas neurológicas tardias, paralisia facial e braquial e fratura de crânio.
- Maternos: podem ocorrer lacerações de vulva, vagina, colo, prolongamento de episiotomia, laceração uterina, lesão de reto ou bexiga, infecção do trato genital e fratura do cóccix.

### 3.3.4 Parto na Água

É uma modalidade de nascimento onde a mulher fica dentro da água durante o período expulsivo, pelo menos, de modo que o bebê chega ao mundo no meio aquático, exatamente como estava no útero. A água é aquecida a 36°C, o ambiente geralmente fica à meia luz e o pai ou acompanhante pode entrar na banheira com a futura mãe.



### Vantagens do parto na água:

A água proporciona ao bebê uma reprodução muito parecida do ambiente de sua gestação. Com o nascimento na água, o bebê viaja suavemente de um lugar quente, molhado e seguro, dentro do corpo de sua mãe, para outro lugar com as mesmas características.

Na água a gestante sente menos dor e quase nunca há necessidade de intervenção médica. A água cria uma pressão igual em todas as partes do corpo. A mãe e o bebê sofrem menos ansiedade e a mãe pode encontrar uma posição cômoda e eficiente que facilita o nascimento do bebê.

A água proporciona uma maior flexibilidade em todo o processo de parto, a mãe sente menos pressão no abdômen e no útero durante as contrações e o bebê não recebe os estímulos que o induzem à respiração, presentes no nascimento seco. Sugere-se que, a água, seja uma forma suave de estimular a respiração em razão de que poucos bebês gritam após o nascimento.

O nascimento na água é extremamente seguro. Em mais de 45.000 nascimentos na água registrados no mundo não houve complicações perigosas à vida da mãe ou do bebê (AMIGAS DO PARTO, 2002).

### Desvantagens do parto na água:

Há questionamentos sobre os partos considerados de risco: gemelares, pélvicos, prematuros, entre outros. Embora alguns defendam que, mesmo nestes casos, a água pode trazer uma ajuda.

Contra indica-se o parto na água em casos de bebê com peso previsto para acima de 4500 gramas. Entre 4000 e 4500 gramas devem ser avaliados, pela possibilidade de distócia de ombro e a episiotomia pode ser feita com dificuldade dentro da água, mas pode ser feita. Em casos com antecedentes de hemorragia não deve ser feito o parto na água, embora se possa usar a água durante o período de dilatação (AMIGAS DO PARTO, 2002).

### 3.3.5 Parto de Leboyer

Leboyer apud Maldonado (1997) desenvolveu uma filosofia de assistência ao parto (infelizmente confundida por alguns como uma “técnica” de parto), em que a preocupação essencial é acolher bem o recém-nascido, suavizando o impacto da diferença entre o mundo intra-uterino e extra-uterino. Preconiza, portanto, uma sala de parto com luz difusa, silêncio, música suave e contato corporal imediato entre mãe e bebê. Este, logo após o nascimento, é colocado sobre o ventre materno e longamente acariciado pelo obstetra e pela mãe, o cordão umbilical é cortado somente após alguns minutos, quando pára de pulsar, posteriormente o



recém-nascido é colocado num banho de água morna. Tenta-se desta forma reproduzir o mais fielmente possível o ambiente intra-uterino. É óbvio que se procura trabalhar com um mínimo de analgesias e com anestésias que não tirem a consciência, quando necessário, para possibilitar um contato intenso e precoce entre mãe e recém-nascido. Também preconiza que nos primeiros meses de vida, deve-se realizar massagens no bebê com a finalidade de ampliar seu desenvolvimento sensorial, perceptual e afetivo.

### 3.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO

#### 3.4.1 Assistência Imediata ao RN

É prestada ao RN nas duas primeiras horas que se seguem após o parto e é realizada ainda no Centro Obstétrico.

Os cuidados prestados ao RN no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário são desenvolvidos de acordo com a filosofia da instituição e os princípios da humanização do nascimento. Os bebês são colocados em contato com o seio materno quando não apresentam alterações clínicas importantes.

Segundo Mendes et al (2001), os cuidados imediatos são:

- Receber o RN calçando luvas: o profissional deverá estar usando luvas a fim de se proteger, uma vez que o RN está envolto em secreções corporais, principalmente líquido amniótico e vernix caseoso e, ocasionalmente, sangue.
- Secar e aquecer o RN: colocar o RN em um berço aquecido e usar uma compressa para retirar o excesso do líquido amniótico que envolve o RN, minimizando o choque térmico e as perdas de calor. A passagem do ambiente aquoso aquecido do útero para o ambiente da sala de parto representa um estresse térmico para o RN, por isso deve-se estabelecer um ambiente utilizando calor radiante diminuindo assim as perdas de calor.
- Aspirar o RN: a aspiração de secreções das vias aéreas contribui para a boa ventilação do RN e para afastar a possibilidade de atresia do esôfago ou atresia de coanas.
- Credeizar: a credeização é efetuada a fim de fazer a profilaxia da oftalmia (conjuntivite) gonocócica. Coloca-se uma gota de nitrato de prata a 1% em cada olho do RN. Logo em seguida deve-se realizar uma boa limpeza dos olhos, para evitar a instalação de conjuntivite química e irritações peri-oculares.

- **Pesar o RN:** o peso é fundamental para a avaliação do crescimento e para a avaliação do RN, comparando-o com a idade gestacional. O RN deverá estar despido, e a balança deverá estar previamente tarada.
- **Verificar perímetros e altura do RN:** as medidas antropométricas são essenciais para a avaliação imediata do RN e também para comparar o desenvolvimento da criança, posteriormente, durante as consultas de puericultura. Nesta instituição são verificados apenas o perímetro cefálico e a estatura.
- **Avaliar o coto umbilical e realizar o curativo:** a análise do coto umbilical é fundamental para detectar anomalias no RN, como por exemplo, agenesia renal e problemas cardíacos congênitos. Geralmente verifica-se a presença de duas artérias e uma veia. Os RNs em boas condições físicas receberão cuidados visando a anti-sepsia, que é realizada com álcool a 70%, para favorecer a mumificação do coto.
- **Identificar o RN:** para estabelecer a identidade absoluta do RN é utilizada a impressão plantar do bebê e a digital da mãe, além de outras formas de identificação, como o bracelete de pulso ou tornozelo, onde deverá estar escrito o nome da mãe, o sexo do RN, a data e hora do parto e o número do registro. Quando ocorrer parto múltiplo, deverá ser usada a identificação: I, II, III, IV, nas pulseiras de cada um dos RNs, de acordo com a ordem de nascimento.
- **Administrar 1 mg de vitamina K:** a vitamina K é aplicada em dose única por via intramuscular, logo após o nascimento, com a finalidade de evitar uma deficiência passageira na coagulação sanguínea, ou seja, para prevenir a doença hemorrágica neonatal.
- **Conferir identificação, registrar o nascimento e fazer as anotações de enfermagem:** cada RN deve ser registrado em ficha própria, e a identificação conferida. Deve ser aberto um prontuário específico para o RN, de acordo com a rotina da instituição e a metodologia de assistência de enfermagem, além da caderneta de saúde da criança.
- **Realizar Apgar:** a avaliação do Apgar auxilia na verificação da vitalidade do RN, devendo ser observado e anotado no primeiro e no quinto minuto de vida, impreterivelmente.

É utilizado a escala de Apgar, mostrada no quadro abaixo:

Sinais	0	1	2
Frequência das pulsações	Ausente	Menos de 100	Acima de 100
Esforço respiratório	Ausente	Irregular Superficial	Choro forte
Tônus muscular	Atonia ou hipotonia	Ligeira flexão das extremidades	Movimentos ativos
Irritabilidade reflexa	Ausente	Careta	Espirro, tosse
Cor da pele	Cianose/Palidez	Cianose das extremidades	Rósea

Fonte: PIZZATO, 1988, p.47.

### 3.4.2 Assistência Mediata ao RN

Segundo Monticelli (2002), após as duas primeiras horas de vida, o RN deverá receber a primeira higiene corporal, ser submetido ao primeiro exame físico completo, além de seus reflexos serem avaliados. Vários sinais deverão ser analisados, como o tônus muscular, atividade espontânea, postura e fácies, tiragens, estridores, gemidos, características do choro, vômitos e regurgitações, sangramentos, convulsões, eliminação de mecônio e urina, distensão abdominal, salivação e sopros cardíacos.

### 3.4.3 Exame Físico do RN

No exame físico é preciso pesquisar:

- Sinais vitais: a verificação da temperatura, após os cuidados imediatos, deverá ser feita via axilar. Temperaturas entre 36°C e 37°C são consideradas adequadas para o RN à termo. A frequência respiratória pode variar entre 30 e 50mpm, e o tipo respiratório deve ser abdominal. Deve-se também observar possíveis sinais de esforço respiratório como estridores, batimento das asas do nariz e tiragens intercostais. A frequência cardíaca poderá variar entre 100 e 160bpm no RN à termo, de acordo com o seu estado de vigília.
- Aparência: o RN à termo possui a cabeça grande, face arredondada e corada e sua mandíbula é relativamente pequena. O tórax é cilíndrico. A musculatura abdominal é flácida, deixando o seu abdômen saliente. Os membros superiores e inferiores são pequenos em relação ao tamanho do corpo.



- Postura: o RN à termo permanece em posição de conforto, com seus membros superiores flexionados e seus membros inferiores semi-flexionados.

- Estado de sono e vigília: de acordo com Giacomini apud Monticelli (2002), o RN tem seis estados de comportamento:

Estado 1: sono profundo, olhos fechados, respiração regular, sem atividade motora tônus muscular relaxado.

Estado 2: sono leve, olhos fechados, movimentos oculares rápidos, respiração irregular, movimentação muscular, expressões faciais (risos, etc), tônus muscular elevado.

Estado 3: sonolento, pálpebras abertas ou fechadas, olhar sem se fixar, atividade motora fraca, respiração regular.

Estado 4: alerta, olhos bem abertos, atento a estimulação do ambiente, pode fixar o olhar, sem atividade motora, respiração regular.

Estado 5: alerta com atividade motora importante, vocaliza, rosto contraído ou não, olhos abertos, respiração regular.

Estado 6: choro forte, atividade motora intensa, olhos fechados ou não e lágrimas.

- Pele e anexos: observar a cor e a integridade da pele em todo corpo, além de verificar a presença ou ausência de vernix caseoso, millium sebáceo, eritema tóxico, lanugem protetora, acrocianose ou manchas mongólicas.

- Crânio: seu formato está relacionado à posição intra-uterina e ao tipo de parto. O cavalgamento de suturas é esperado e pode permanecer até por volta do quinto dia de vida. Deverá ser pesquisada a presença de céfalo-hematoma e de bossa sanguinolenta e verificado o tamanho das fontanelas, pois fontanelas com características anormais podem indicar alterações na maturação óssea. A fontanela bregmática pode variar de duas a três polpas digitais e a fontanela lambdóide, normalmente, não é maior que uma polpa digital e pode se apresentar fechada ao nascimento. (GIACOMINI apud MONTICELLI, 2002).

- Olhos: observar edema palpebral, transparência ou opacidade do cristalino e se as pupilas são fotoreagentes. Hemorragias da conjuntiva são comuns e não causam danos para o RN.

- Nariz: geralmente possui a base achatada, ponta arredondada e situa-se um pouco mais alto na face. Obstruções discretas poderão estar presentes, causadas pelo acúmulo de secreções nos estreitos orifícios nasais.

- Orelhas: verificar a implantação e anormalidades de pavilhão auditivo, já que estas poderão estar associadas à malformação renal ou anomalias macrossômicas.



- Boca: observar integridade e coloração das mucosas, presença de pérolas de Epstein, tamanho e textura da língua, presença e anatomia dos frênulos labial e sublingual e a quantidade de saliva, uma vez que a salivação excessiva poderá revelar atresia de esôfago ou dificuldade respiratória. Verificar presença de fissuras palatinas ou lábio leporino.
- Pescoço: verificar movimentos de rotação e flexão. Descartar a presença de cistos ou tumores.
- Tórax: observar a forma e simetria torácica e avaliar a função respiratória e cardíaca. Geralmente o tórax do RN é cilíndrico e simétrico e as mamas poderão apresentar-se ingurgitadas e com presença de secreção láctea.
- Abdômen: observar a presença de distensão abdominal excessiva ou assimetria, ruídos hidroaéreos, hérnias umbilicais ou mesmo inguinais. Palpar e verificar o tamanho do fígado (2 a 3cm abaixo do rebordo costal direito) e do baço (1cm abaixo do rebordo costal esquerdo). Presença de mecônio indica trânsito intestinal livre.
- Coto umbilical: verificar o número de vasos presentes, a coloração, presença de hérnia e granuloma umbilical, assim como possíveis sangramentos.
- Aparelho geniturinário e ânus: no RN do sexo masculino, observar o tamanho do pênis (que mede geralmente entre 3,5 e 4cm) e a aderência do prepúcio à glande. No RN a termo, o escroto é rugoso e é comum um certo grau de hidrocele. Palpar os testículos, verificando sua localização, simetria e consistência. Verificar a posição do meato uretral para afastar a possibilidade de hipospádia ou epispádia. No RN do sexo feminino, os pequenos lábios são salientes e poderá haver presença fisiológica de secreção translúcida ou sanguinolenta na vagina. Eventualmente poderá ocorrer hipertrofia da mucosa vaginal, que não causa dano para o RN. Verificar em RNs de ambos os sexos, a permeabilidade e posição do ânus. A primeira micção e evacuação ocorrem nas primeiras 48 horas de vida.
- Membros: avaliar se o quadril encontra-se estável através da manobra de Ortolani-Barlow. Observar a simetria das pregas cutâneas e dos movimentos dos membros superiores para afastar possíveis lesões de plexo braquial. Inspeccionar os pés realizando dorsi-flexão (para afastar a presença de pé torto posicional ou congênito), verificando o formato das solas dos pés e presença de linhas ou sulcos cutâneos. Verificar também as palmas das mãos em busca da prega simiesca. Inspeccionar membros superiores e inferiores, observando a presença de sindactílias, polidactílias ou clinodactílias.

- Dorso e nádegas: inspecionar o dorso em busca de anormalidades grosseiras da coluna vertebral. Verificar a simetria das nádegas, a coloração e observar a simetria das pregas glúteas.
- Reflexos: Deverão ser verificados os seguintes reflexos:  
reflexo ciliar;  
reflexo de sucção;  
reflexo perioral (ou dos quatro pontos cardeais);  
reflexo de preensão palmar e plantar;  
reflexo de Babinski;  
reflexo de deambulação;  
reflexo de Moro (MONTICELLI, 2002).

### 3.5 HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Humanizar pressupõe o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano, entre elas as que se fazem urgentes e necessárias em todos os aspectos, como a sensibilidade, o respeito e a solidariedade (ZAMPIERI, 2001).

A humanização compreende uma série de situações que remetem ao respeito à subjetividade e singularidade dos seres humanos envolvidos no processo de nascimento. Não se pode caracterizar uma atitude como sendo humanista se esta não estiver pautada na compreensão da experiência sob o ponto de vista da mulher/parturiente e da família, que presenciam o processo de nascimento (BRÜGGEMANN, 2001).

Sendo assim, a repadronização da assistência não pode ser somente mudanças de rotina ou qualificação dos profissionais que acompanham o processo de nascimento. Desta forma podemos propiciar que a mulher escolha a posição de seu parto, horizontal ou vertical, entretanto também é necessário mudar a forma de estruturar as relações com a mulher/parturiente e a família (BRÜGGEMANN, 2001).

O processo de humanização do nascimento inclui, também, a possibilidade de um acompanhante à parturiente.

O acompanhante é pessoa significativa para mulher, pode ser o marido, companheiro, familiar ou amigo, para amparar emocionalmente, o que vem facilitar a vivência do processo de nascimento de forma tranqüila. Representa o suporte e apoio psíquico e emocional da



presença reconfortante, do contato físico, que divide o medo e a ansiedade, somando forças e estimulando a parturiente nos momentos mais difíceis (BRASIL, 2001).

De acordo com o terceiro passo do Projeto Maternidade Segura, a presença de familiares na sala de parto é um dos aspectos que tornam a assistência ao parto humanizado.

Desta forma, o profissional de saúde que acompanha a parturiente e o familiar durante o processo do nascimento, deve possuir competência técnica, precisa estar autenticamente presente, disponível aos outros seres humanos, e ser capaz de entendê-los a partir do significado que os mesmos atribuem à experiência (BRÜGGEMANN, 2001).

As atitudes dos profissionais que integram o mundo da maternidade são fundamentais para a humanização do cuidado, e estas levam o profissional a estar aberto e disponível ao diálogo, às mudanças, a compartilhar conhecimentos e à incorporação de novos conhecimentos (BRÜGGEMANN, 2001).

Entendemos como humanização à possibilidade de a mulher vir a ter o seu parto assistido, de modo que todos a respeitem como sendo a pessoa principal neste momento, pois é a mulher que está em ação, trazendo um bebê ao mundo e, por isso, ela deve ser tratada como a verdadeira condutora do processo. É proporcionar uma assistência personalizada e integral a parturiente e ao seu acompanhante, considerando-os como seres singulares e únicos, o que implica saber ouvir, acolher, criar vínculos e valorizar suas crenças em relação ao processo de nascimento.

O movimento de preparação para o parto e para a maternidade tem como um dos objetivos básicos “humanizar” o processo de nascimento, hoje tão mecanizado e separado de seu contexto social cultural e emocional (MALDONADO apud BRÜGGEMANN, 2001).

O estímulo e apoio à mulher durante este período, enfatizando que possui potencialidades para parir, contribui para diminuir seus medos e angustias e se constitui no verdadeiro atendimento humanizado.



## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 MARCO CONCEITUAL**

Entendemos que o marco conceitual deve servir de guia para a prática assistencial, consistindo num conjunto de crenças, valores, conhecimentos e técnicas que guiam o pensar-fazer dos indivíduos.

Assim, esta base teórica permeou todos os momentos desta prática, atuando como referência sobre o que foi importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para a reflexão e interpretação do que foi sendo vivenciado (Nitschke apud Monticelli, 1994).

Escolhemos a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, por acreditarmos que as crenças e valores de cada indivíduo ou grupo necessitam ser consideradas pelo enfermeiro(a) na sua prática assistencial, implementando assim um cuidado humanizado e diferenciado para cada cliente.

### **4.2 SÍNTESE DA TEORIA**

Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

Segundo George (2000), Madeleine Leininger é uma teórica Norte Americana, graduada em enfermagem no ano de 1948, em Denver. Tornou-se Bacharel em Ciências em 1950 e em 1965 concluiu o curso de Antropologia (sendo a primeira enfermeira a se doutorar em antropologia).

Durante os anos 50, Leininger trabalhou em um lar para orientação de crianças e pais, na especialidade de Enfermagem Clínica. No decorrer da realização deste trabalho, Leininger percebeu que as crianças apresentavam diferenças em seu comportamento, atribuindo assim essas diferenças a um fundo de base cultural.

Percebeu que a enfermagem não possuía conhecimentos suficientes, a respeito da cultura destas crianças, para assim, poder compreendê-las melhor e desenvolver, de acordo com as culturas, as práticas de cuidados de enfermagem diversificadas, significativas, eficazes e acima de tudo entendendo a reação do indivíduo diante de uma ação de enfermagem, passando a se dedicar à Enfermagem Transcultural, como sub-área da enfermagem.

Nos anos 60, Leininger inicia a relação enfermagem e antropologia e se interessa pelo que as enfermeiras poderiam aprender sobre o cuidado humanizado, saúde-doença, se compreendessem as diferenças e semelhanças entre as culturas. Leininger viajou para Nova Guiné e durante sua viagem, percebeu diferenças na forma em que o cuidado era expresso e conhecido numa cultura diferente da sua. Então surge a necessidade de documentar e explicar a diversidade e universalidade do cuidado cultural.

Em 1966 promoveu o seu primeiro curso sobre Enfermagem Transcultural. Em 1978 publicou seu primeiro livro “Transcultural Nursing”. Em 1979 definiu etnoenfermagem como o estudo de crenças, valores e práticas de cuidados de enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistemas de valores, segundo George (2000). Em 1985 apresentou seu trabalho como teoria e participou em Florianópolis, do 1º Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem. Em 1988 apresentou seus pressupostos e definiu alguns conceitos, sendo estes ainda provisórios. Em 1995 publicou seu livro “Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practice”.

George (2000), refere que Leininger constituiu sua teoria com base na premissa de que os povos de cada cultura não são apenas capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais experimentam e percebem seu cuidado de enfermagem, mas também são capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde. Com base na afirmação, o cuidado de enfermagem deriva do contexto cultural no qual ele deve estar estruturado, propiciando o desenvolvimento a partir dele.

Leininger oferece conceitos de cultura, valor cultural, diversidade cultural de cuidado, visão no mundo, estrutura social, contexto ambiental, sistema popular de saúde, sistema profissional de saúde, cuidar/cuidado, preservação cultural do cuidado, acomodação cultural de cuidado e repadronização cultural de cuidado.



Além das definições, ela apresenta pressupostos que dão apoio à sua previsão “de que povos diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo” (GEORGE, 2000). Leininger não aponta uma metodologia para executar o processo de enfermagem, porém o modelo do sol nascente serve de guia para o planejamento e a intervenção da enfermagem e oferece instrumentos teóricos para a adaptação do objeto do trabalho.

Os três primeiros níveis do modelo envolvem o reconhecimento da situação cultural, podendo ajudar a prevenir o choque da imposição cultural. Busca-se descobrir indutivamente o cuidado cultural e seus influenciadores a fim de entender e desenvolver maneiras de prover cuidados culturalmente congruentes, adaptados à realidade do cliente e seu acompanhante.

O cuidado cultural é preservado ou mantido, quando as ações ou decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação auxiliam as pessoas de uma determinada cultura e/ou preservar valores culturais relevantes acerca do cuidado, de forma a manter seu bem-estar, recuperar-se da doença ou enfrentar as incapacidades ou a morte.

Ocorre acomodação ou negociação do cuidado cultural, quando as ações e decisões de assistência, suporte, facilitação, estimulam as pessoas de um determinado grupo para uma adaptação ou negociação com os profissionais da saúde que prestam o cuidado, visando resultados ajustados especificamente segundo valores culturais.

A repadronização ou, reestruturação do cuidado cultural, se refere àquelas ações e decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação, que ajudem o(s) cliente(s) a reorganizar, substituir ou modificar seus modos de vida com padrões de cuidados de saúde novos, diferentes e benéficos, procurando respeitar seus valores culturais e suas crenças e propondo um modo de vida mais sadio e benéfico do que aqueles que ocorria anteriormente ao estabelecimento conjunto de modificações (GEORGE, 2000).

---

#### 4.3 PRESSUPOSTOS DE MADELEINE LEININGER

Segundo GEORGE (2000), os pressupostos são:

- O cuidado, sob uma perspectiva transcultural, é essencial para desenvolver e estabelecer a enfermagem como uma profissão universal.



- Culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo.
- Seres humanos são seres culturais capazes de sobreviver ao passar do tempo, através de sua capacidade de prestar cuidados aos outros, de todas as idades, em vários ambientes e de muitas maneiras.
- Cuidado cultural é “o mais amplo meio de conhecer, explicar, justificar e prever fenômenos de cuidado em enfermagem e de orientar as atividades de cuidado de enfermagem”.
- Conhecimento de significados e práticas, derivados das visões de mundo, dos fatores de estrutura social, dos valores culturais, do contexto ambiental e dos usos da linguagem é essencial para guiar a enfermagem e as ações, no fornecimento de cuidado cultural coerente.
- Todas as culturas possuem práticas de cuidado de saúde profissionais e populares.
- Cuidado é tido como um domínio central, dominante e unificador da enfermagem e, enquanto a cura não pode, efetivamente, ocorrer sem o cuidado, este pode ocorrer sem a cura.
- A razão da existência da enfermagem é que ela é uma profissão de cuidado, mas pode haver cuidado, mesmo sem ser para cura.
- A enfermagem é, essencialmente, uma profissão que envolve cuidado cultural coerente, uma vez que as enfermeiras oferecem cuidados a povos de várias culturas diferentes.
- Há dois sistemas de cuidado à saúde: o popular e o profissional. Estes sistemas têm seus valores e práticas próprias e podem ocorrer discordâncias entre eles, em algumas sociedades.

#### 4.4 PRESSUPOSTOS PESSOAIS

- Os clientes, aqui representados pela parturiente/acompanhante, deverão ser respeitados considerando suas histórias de vida, crenças, valores e decisões, devendo estes receber um cuidado humanizado.
- O processo de parir é um momento na vida da gestante caracterizado por mudanças que envolvem contextos culturais, portanto, é necessário compreender o significado deste acontecimento.
- É importante compartilhar saberes, evitando o choque cultural, pois o profissional assim como a parturiente/acompanhante tem suas crenças, costumes e valores.

cuidados visam ajudar a parturiente e familiar, a se cuidarem em situações de saúde ou doença; são cuidados cognitivamente reconhecidos por uma religião, estado social, grupo cultural, família, ou outro segmento de estrutura social de uma sociedade (LEININGER apud GEORGE, 2000).

Neste estudo, o cuidado popular compreende a maneira que o cuidado pode ser prestado, levando em consideração as questões profissionais e o contexto cultural da parturiente, acompanhante e família. Podemos dizer que, é o que leva a parturiente, acompanhante e família a prestar o cuidado conforme seu entendimento frente à saúde ou doença.

#### 4.5.8 Cuidado Profissional

São comportamentos, técnicas, processos ou padrões cognitivos, culturalmente aprendidos, executados por profissionais de saúde, que capacitem ou ajudem a parturiente e família a melhorar ou manter uma condição de vida saudável (LEININGER apud GEORGE, 2000).

Neste estudo, o cuidado profissional compreende aquele prestado por profissionais de saúde, dentro ou fora da instituição onde o trabalho foi realizado. Envolve uma série de cuidados e técnicas, que tenham por finalidade auxiliar a parturiente no processo de parir.

#### 4.5.9 Comportamento

Comportamento é o ato ou efeito de comportar-se, procedimento de alguém face a estímulos sociais ou a sentimentos e necessidades íntimos ou uma combinação de ambos; reação de um indivíduo; de um grupo ou de uma espécie ao complexo de fatores que compõem o seu meio ambiente (HOUAISS, 2001).

Neste estudo, o comportamento é maneira de se comportar e/ou um conjunto de atitudes e reações da parturiente em face ao meio em que se encontra (trabalho de parto, o qual reflete diretamente em suas crenças, valores e cultura).

#### 4.5.10 Processo de Parir

Caracteriza-se pelo ciclo-gravídico puerperal que compreende o período de transição mulher-mãe, e envolve mudanças físicas e emocionais, podendo sofrer influências boas ou más, dependendo do grau de conhecimento da parturiente sobre este processo, suas perspectivas em relação ao mesmo, e influências do meio sobre suas percepções, crenças e valores.



Neste estudo, fizemos um recorte do processo de parir, focalizando o período do parto propriamente dito, que acontece no Centro Obstétrico. Este recorte inicia quando a parturiente interna no C.O, passando pelo trabalho de parto, parto e o período de Greenberg.

#### 4.6 PROCESSO DE ENFERMAGEM

De acordo com George (2000), o Processo de Enfermagem constitui-se de um esquema que serve para ordenar, direcionar e sistematizar o trabalho de enfermeiro. Constitui a essência da prática profissional da enfermagem. Sendo ainda o “instrumento” e a metodologia da profissão de enfermeiro e, como tal auxilia os profissionais na tomada de decisões, e na previsão e avaliação das conseqüências. Também oferece meios para avaliação da qualidade dos cuidados profissionais.

O Processo de Enfermagem foi desenvolvido como método específico de aplicação de uma abordagem científica ou de solução de problemas à prática da Enfermagem (GEORGE, 2000).

##### 4.6.1 Fases do Processo de Enfermagem

Convém ressaltar que Leininger não aponta uma metodologia para executar o Processo de Enfermagem, porém, o modelo do sol nascente (Anexo C) serve para o planejamento e a intervenção da enfermagem e oferece instrumentos teóricos para a adaptação do objeto de trabalho (LEININGER apud LEOPARDI, 1999).

O referido Processo é constituído pelas seguintes fases: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.

##### 4.6.2 Levantamento de Dados

É constituída da coleta e análise dos dados, enfatizando as informações sobre a estrutura social, cultural e visão do mundo, com o objetivo de elaborar o diagnóstico de enfermagem. Foi nesta fase que ocorreu o primeiro contato e a interação dos acadêmicos com parturiente e acompanhante.

Monticelli (1993), coloca que com este método o enfermeiro, primeiramente, preocupa-se em fazer observações e ouvir atentamente, obtendo deste maneira uma visão ampla da situação e gradualmente vai realizando observações detalhadas, sempre tendo em mente o foco de estudo e os objetivos propostos. Num segundo momento, a observação



continua, mas alguma participação (cuidado) começa a ocorrer gradativamente, conforme a aceitação, expectativa e interação com as parturientes.

Os dados acerca da parturiente e acompanhante foram levantados através de roteiros (Apêndice B).

O método de levantamento de dados que utilizamos com a parturiente e acompanhante foi o da Observação-Participação-Reflexão proposto por Leininger apud Monticelli (1994).

Adotamos este método, pois acreditamos que através da observação e participação somos capazes de descobrir aspectos importantes, expressados não verbalmente, como a posição da parturiente, tipo de comunicação com acompanhante, interação com a equipe, comportamentos e atitudes.

#### 4.6.3 Diagnóstico de Enfermagem

É caracterizado por uma reflexão constante sobre os aspectos obtidos na primeira etapa do processo, baseando-se nas áreas em que a parturiente e acompanhante não encontram uma diversidade e universalidade cultural do cuidado. Serve para guiar o planejamento, a fim de chegar à obtenção dos cuidados, culturalmente congruentes.

#### 4.6.4 Planejamento

Conforme Leininger apud Monticelli (1994), esta fase consiste em sistematizar e organizar as informações obtidas anteriormente, procurando refletir sobre as possibilidades e limites de preservar, acomodar ou repadronizar os cuidados de enfermagem, que serão desenvolvidos no Centro Obstétrico. Os cuidados a serem PRESERVADOS, referem-se àquelas ações que visam manter crenças e valores relevantes daquela cultura, contribuindo para preservar o bem estar e enfrentar dificuldades. Os cuidados a serem ACOMODADOS, referem-se àquelas ações que ajudam as parturientes/acompanhantes de uma determinada cultura a adaptarem ou negociarem cuidados, no sentido de obter resultados mais benéficos ou satisfatórios, de acordo com suas culturas. Os cuidados a serem REPADRONIZADOS, referem-se àquelas ações que auxiliam os clientes a reordenar, mudar ou modificar parcialmente os seus estilos de vida, para alcançar resultados de saúde mais benéficos que o anterior, respeitando seus valores e crenças culturais.

#### 4.6.5 Implementação

Foi nesta fase que acadêmicos e parturientes e acompanhantes colocaram em ação as decisões, no sentido de preservar, acomodar e/ou repadronizar os cuidados de enfermagem, no Centro Obstétrico, a fim de alcançarem cuidados culturalmente congruentes.

#### 4.6.6 Avaliação

Corresponde a fase final do processo que possibilitou avaliar o benefício trazido pelo cuidado as parturientes, recém-nascido e acompanhantes. É a apreciação conjunta das ações desenvolvidas durante os cuidados de enfermagem, sendo que não aconteceu somente nesta fase, mas durante todas as etapas do processo. A mesma foi registrada de acordo com o APÊNDICE C.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 LOCAL DE ESTÁGIO**

O local utilizado para o desenvolvimento da prática assistencial proposta foi o Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário, localizado na Trindade – Florianópolis, no Campus da Universidade Federal de Santa Catarina.

#### **5.1.1 Hospital Universitário – HU**

De acordo com informações publicadas no site do Hospital Universitário, as obras de construção do HU tiveram seu início em 1964, no Campus Universitário da Trindade, mas somente se tornou realidade em 1980, após, intensas lutas reivindicatórias de alunos, professores e comunidade junto às autoridades federais para a obtenção de recursos que permitissem a sua inauguração. O hospital foi fundado, então, em 1980, pelo professor Polydoro Ernani de São Thiago, recebendo o seu nome. Inicialmente instalaram-se os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto e, finalmente, em 1995, a Maternidade. A Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia foram implantadas em outubro de 1995, após longo período de planejamento dos Recursos Humanos, equipamentos e elaboração de técnica de intervenção, buscando alcançar elevados índices de modernização técnicas e humanização do atendimento. Atualmente a Maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica.

O HU é um hospital-escola vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina sendo uma instituição Federal pública e gratuita, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Classifica-se como hospital geral, distribuído em diversas especialidades tais como: médica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica, UTI geral, emergência adulto e pediátrico,



diálise (UTD), obstetrícia com alojamento conjunto/puerpério, gestação de alto risco, neonatologia/berçário. Realiza atendimento hospitalar, ambulatorial, diagnóstico e terapia.

Tem como finalidades: promover a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão na área de saúde e afins. Serve, também, como campo de ensino, em estreita relação e sob orientação das coordenadorias e departamentos de ensino e presta assistência à comunidade na área de saúde, em todos os níveis de complexidade, de forma universalizada e igualitária.

### 5.1.2 Maternidade do Hospital Universitário

A Maternidade do Hospital Universitário (HU) iniciou o atendimento em 24 de outubro de 1995. Apesar de todas as dificuldades, com o número de leitos aquém da sua capacidade, a maternidade do HU foi ativada e o que era um sonho de uma equipe, hoje é realidade. Assim, procura atender o binômio mãe-filho dentro da filosofia preconizada (Anexo B). A mulher passou a ter acesso a outras formas de parir (parto vertical), o pai, ou o acompanhante que a mulher desejar, participa de todo o processo do nascimento e dos cuidados ao binômio, as crianças tem autorização para visitas, favorecendo o vínculo familiar. O recém-nascido (RN) permanece com a mãe desde o nascimento até a alta, sendo que a Unidade de Internação Neonatológica possui a finalidade de atender estritamente os RNs com intercorrências clínicas.

Atualmente a Maternidade está dividida em: Triagem, Centro Obstétrico, Neonatologia e Alojamento Conjunto. Juntamente com a inauguração da Maternidade foi criado o CIAM (Central de Incentivo ao Aleitamento Materno) que presta orientações e cuidados as parturientes com relação à amamentação. A Maternidade possui uma filosofia própria de atendimento, tendo com premissa básica a humanização do atendimento. De acordo com a filosofia, as pacientes têm o direito a um acompanhante de sua escolha durante todo o período de internação.

A Maternidade do Hospital Universitário recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, em 17/12/97, tendo como objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, mediante a adoção dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Também, recebeu o prêmio Galba de Araújo, no mês de julho/2000, que é outorgado a instituições que se destacam pela assistência humanizada ao nascimento. Foi considerada uma Maternidade que atendeu a todos os requisitos preconizados pelo Ministério da Saúde.

A **Triagem Obstétrica** é anexada à Unidade de Internação Ginecológica da mesma instituição. Tem como objetivo atender e admitir a parturientes, a fim de promover a assistência no pré-parto, atendendo também casos de emergências obstétricas. Sua área física

é composta de: sala de observação com duas macas, 2 consultórios para anamnese, com respectivos banheiros e posto de enfermagem.

O **Centro Obstétrico** compõe-se de uma área semi-restrita e uma área restrita.

→ Área semi-restrita: 4 leitos de pré-parto, um corredor externo, onde circulam as parturientes e os acompanhantes que dão entrada no Centro Obstétrico, sala de repouso para os médicos, expurgo, 2 banheiros dos pacientes e acompanhantes, posto de enfermagem, sala de preparo de medicação, corredor de circulação interna, sala de observação, sala para exames de cardiotocografia, vestiário masculino, vestiário feminino e sala de lanche.

→ Área restrita: 4 leitos de recuperação com respectivos berços, 1 sala de recuperação pós-parto (pós-anestésico) com 1 expurgo, 3 salas de parto, sendo, uma para parto normal horizontal, outra para parto normal horizontal e de cócoras, tendo a possibilidade de realizar-se também parto cesáreo, e uma sala somente para realização de parto cesáreo; sala de atendimento ao recém-nascido, sala de estoque de material, área de lavabos, sala de repouso da enfermagem e corredores internos e externos.

O Centro Obstétrico possui 38 servidores, sendo 8 enfermeiros com especialização em Enfermagem Obstétrica, técnicos/auxiliares e 1 escriturário. O número de partos realizado no Centro Obstétrico, no ano de 2002, foi de 1649 partos: sendo distribuídos em: 1175 partos normais (parto normal horizontal: 321 e parto normal vertical: 854) e 474 partos cesários.

O **Alojamento Conjunto** consta de 22 leitos, sendo que, deste total, seis são destinados a internação de gestantes de alto risco e 16 leitos para puérperas e seus recém-nascidos. A maioria dos quartos possui 4 leitos com seus respectivos berços. Anexo ao quarto fica o banheiro para as pacientes internadas. O alojamento conjunto dispõe de: sala de medicação, balcão para prescrição, sala para exame e higienização do recém-nascido, um espaço reservado para que as mães façam banho de luz infravermelho nas mamas, copa, sala para lanches, rouparia, expurgo, banheiro para funcionários, sala para passagem de plantão e sala para guardar material. Externamente ao Alojamento Conjunto, como anexo existe o “Hotelzinho”, onde as mães que receberam alta ficam aguardando a alta de recém-nascido que necessitou de internação na Neonatologia (SPINOSA, WATERKEMPER, 2000).



## 5.2 PERÍODO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO

O estágio foi desenvolvido no período de 09 de outubro a 09 de dezembro de 2003, no total de 220 horas, que foram realizados no período matutino, vespertino e esporadicamente noturno, conforme escala da Enfermeira Supervisora.

## 5.3 POPULAÇÃO ALVO

O trabalho foi desenvolvido com as parturientes e seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto que se encontram no Centro Obstétrico da Maternidade do HU.

Foi considerada a escolha da participação ou não nas atividades propostas, sendo que o anonimato dos mesmos foi preservado.

## 5.4 PLANEJAMENTO

Para o alcance dos objetivos específicos, fez-se necessário estabelecer algumas estratégias que facilitaram a prestação dos cuidados tornando a assistência mais humanizada.

### PRIMEIRO OBJETIVO

**Reforçar conhecimentos sobre a metodologia e filosofia de assistência da instituição e interagir com a equipe multiprofissional no CO.**

Estratégias:

- Apresentar o projeto à equipe multiprofissional;
- Conhecer área física, bem como normas e rotinas e interagir com os profissionais do setor, mantendo contato permanente com os mesmos durante o desenvolvimento do estágio;
- Buscar a participação da equipe multiprofissional na assistência, atuando de forma conjunta;
- Implementar cuidado de enfermagem humanizado seguindo a filosofia da instituição.

Avaliação

O objetivo seria atingido se aplicássemos as estratégias determinadas.



## SEGUNDO OBJETIVO

**Planejar e implementar cuidados a parturiente, recém-nascido e estimular a participação do/a acompanhante durante o processo de parir de forma a preservar, adaptar e/ou repadronizar o cuidado de enfermagem.**

### Estratégias

- Selecionar três gestantes para a realização do processo de cuidar de enfermagem, baseado no modelo do Sol Nascente (Anexo C) proposto por Leininger;
- Implementar cuidados de enfermagem à parturiente e RN, respeitando suas crenças e valores, preservando, acomodando ou repadronizando sempre que necessário;
- Orientar e esclarecer as dúvidas da parturiente/acompanhante considerando seus aspectos culturais;
- Oferecer apoio emocional e psicológico a fim de reduzir a ansiedade e o estresse;
- Incentivar e mostrar ao acompanhante a sua importância na participação de uma assistência efetiva no trabalho de parto e parto;
- Participar da passagem de plantão e registrar os cuidados prestados.

### Avaliação

O objetivo seria atingido se aplicássemos as estratégias determinadas.

## TERCEIRO OBJETIVO

**Identificar crenças e valores da parturiente e acompanhante no processo de parir.**

### Estratégias:

- Observar, dialogar e ouvir os relatos sobre aspectos que interferem diretamente na forma de agir, relacionado com o processo de parir;
- Interagir com a parturiente/acompanhante através de conversas e observações no cuidado implementado;
- Elaborar um questionário com o propósito de obter informações sobre crenças, valores e hábitos.

#### Avaliação

O objetivo seria atingido se aplicássemos as estratégias determinadas.

#### QUARTO OBJETIVO

**Relacionar conhecimentos populares da parturiente e acompanhante com o conhecimento profissional para prestar um cuidado culturalmente congruente.**

#### Estratégias:

- Ouvir a parturiente e seu acompanhante à cerca de seus conhecimentos e experiências, adaptando, preservando ou repadronizando os cuidados quando necessários;
- Analisar tais conhecimentos e experiências à luz dos conhecimentos científicos adquiridos ao longo da graduação, através da revisão bibliográfica realizada e da metodologia utilizada pela equipe multiprofissional da instituição;
- Refletir com a parturiente e acompanhante sobre os conhecimentos populares e integrá-los ao conhecimento profissional.

#### Avaliação

O objetivo seria atingido se aplicássemos as estratégias determinadas.

#### QUINTO OBJETIVO

**Buscar aprofundar e ampliar os conhecimentos em relação a teoria de Leininger e sobre Enfermagem Obstétrica e Neonatológica.**

#### Estratégias:

- Revisar temas referentes aos assuntos;
- Discutir com a orientadora e supervisoras sobre os temas estudados;
- Participar de seminários, palestras, simpósios e outros eventos que venham contemplar os interesses do grupo nestas áreas (Obstetrícia e Neonatologia).

### Avaliação

O objetivo seria atingido se aplicássemos as estratégias determinadas.

### SEXTO OBJETIVO

**Participar do grupo de casais grávidos do HU/UFSC a fim de nos instrumentalizarmos sobre as questões culturais da gestante e/ou acompanhante.**

### Estratégias:

- Freqüentar os 8 encontro deste grupo de casais grávidos, que acontece nas quintas-feiras das 14 às 17:30h sendo que cada encontro participarão 2 acadêmicos;
- Observar as expectativas e comportamento das gestantes/acompanhantes; neste grupo.
- conversar de maneira informal com gestante/acompanhante.

### Avaliação

O objetivo seria atingido se aplicássemos as estratégias determinadas.



## **6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

### **PRIMEIRO OBJETIVO**

**Reforçar conhecimentos sobre a metodologia e filosofia de assistência da instituição e interagir com a equipe multiprofissional no CO.**

Como a maioria dos acadêmicos do grupo já havia realizado o estágio da disciplina de enfermagem obstétrica nesta instituição, sentimos confiança e segurança para o primeiro dia de estágio.

Inicialmente fomos recebidos por uma de nossas supervisoras, que nos apresentou a equipe multiprofissional daquele plantão. Aproveitando a ocasião, explicamos os objetivos do nosso trabalho de conclusão de curso e como estes seriam aplicados nesta unidade. Em seguida conhecemos toda a área física do C.O., bem como, suas normas e rotinas que compreendem o serviço prestado pela equipe multiprofissional da instituição.

Aos poucos fomos interagindo com os profissionais de cada plantão, tendo a oportunidade de falar sobre o trabalho que estávamos desenvolvendo, que foi bem aceito por grande maioria da equipe.

À medida que o estágio estava sendo desenvolvido, a relação profissional e de amizade com o pessoal do setor mostrava-se presente, onde ocorria a troca de experiências e conseqüentemente adquiríamos novos conhecimentos.

Durante a prática assistencial algumas vezes não conseguíamos realizar certos procedimentos, precisando da colaboração e ajuda da equipe, a qual obtivemos sempre que solicitamos, tornando assim a participação dos profissionais imprescindível para uma boa assistência.

Percebíamos que para o desenvolvimento de uma assistência humanizada e de qualidade à parturiente e seu acompanhante, era necessário o envolvimento de todos os profissionais, buscando respeitar suas crenças e valores de forma individualizada no processo de parir.

No decorrer da implementação do cuidado, buscávamos seguir a filosofia da instituição, considerando a parturiente condutora do processo de parir e os profissionais facilitadores deste processo. Desta forma procurávamos valorizar e compreender os sentimentos, as preocupações e as necessidades que envolvem este momento.

## SEGUNDO OBJETIVO

**Planejar e implementar cuidados a parturiente, recém-nascido e estimular a participação do/a acompanhante durante o processo de parir de forma a preservar, adaptar e/ou repadronizar o cuidado de enfermagem.**

Implementamos cuidados de enfermagem a 60 parturientes, mas não foi possível acompanhar integralmente todo o processo de parir, porque o tempo que levava cada processo não correspondia ao nosso período de prática dentro do C.O.

Selecionamos três parturientes, com as quais realizamos o processo de enfermagem, baseado no modelo do Sol Nascente. Destes, escolhemos um para descrever no trabalho, por termos tido a oportunidade de ficar exclusivamente com a parturiente e acompanhante pela pouca demanda no C.O. e pudemos participar ativamente dos cuidados.

A grande maioria dos cuidados por nós implementados à parturiente e recém-nascido foram acomodados ou repadronizados, respeitando individualmente crenças e valores em todo o processo de parir.

Seguem alguns cuidados implementados no C.O.:

- Recepcionávamos a parturiente/acompanhante juntamente com o plantão, vindos da Triagem Obstétrica.
- Ajudávamos a parturiente/acompanhante a colocar o propé e touca.
- Mostrávamos o leito de internação no pré-parto.
- Efetuávamos os registros no Livro de Passagem de Plantão e Livro de Registro de Chegada.
- Fazíamos as Prescrições de Enfermagem e organizávamos os prontuários.

- Realizávamos visitas nas salas de parto, orientávamos sobre os tipos de parto, suas vantagens e desvantagens, as posições das parturientes e acompanhantes nas salas.
  - Orientávamos e estimulávamos a deambulação e exercícios na bola e cavalinho.
  - Sugeríamos outras posições como agachar ou acocorar.
  - Orientávamos e estimulávamos a participação do acompanhante para realizar massagens, auxiliar no banho e deambulação.
  - Encorajávamos os acompanhantes para oferecerem apoio emocional.
  - Proporcionávamos apoio psicológico e emocional, segurança, tranquilidade.
  - Orientávamos e estimulávamos a adoção do decúbito lateral esquerdo quando permanecia no leito.
  - Durante os cuidados de enfermagem, sempre explicávamos o que iríamos fazer antes de realizá-los.
  - Estimulávamos as parturientes a tomarem banho no chuveiro para relaxamento e auxílio na evolução do trabalho de parto.
  - Realizávamos procedimentos como: verificação de sinais vitais, controle de dinâmica uterina e batimentos cardio-fetais, manobras de Leopold, punção venosa, instalação de fluidoterapia, administração de medicamentos via oral, muscular e venosa, oferecíamos e trocávamos forros perineais, arrumávamos o leito e fazíamos o pedido de dieta das parturientes à nutrição.
  - Permanecíamos ao lado das parturientes e acompanhantes, respeitando momentos de privacidade.
  - Ficávamos atentos aos sinais de perigo como: sangramento vaginal abundante, tonturas, alterações na DU e BCF.
  - Acompanhávamos as parturientes e acompanhantes à sala de parto e auxiliávamos a se posicionarem.
- 
- Na sala de parto: orientávamos a hora certa de fazer força durante as contrações e descansar entre elas, favorecíamos a interação precoce da mãe com o RN, incentivávamos a amamentação, pesávamos a placenta e medíamos o cordão umbilical e fazíamos os registros de parto.
  - Na sala dos cuidados com o RN fazíamos a verificação dos sinais vitais, perímetros e altura, aspiração, credeização, administrávamos vitamina K, realizávamos a limpeza do coto umbilical, dávamos o banho, vestíamos o RN, fazíamos os registros de nascimentos, prescrições de enfermagem, folha dos sinais vitais e preenchíamos a carteirinha.



- Aproveitando a presença do acompanhante na sala de cuidados do RN, fazíamos as orientações sobre os cuidados realizados e promovíamos a interação do mesmo com o RN.
- Encaminhávamos o acompanhante e RN para a sala de recuperação, procurando favorecer a formação do vínculo familiar e estimular o aleitamento materno.
- Encaminhávamos a puérpera, o RN e acompanhante ao Alojamento Conjunto e passávamos o plantão à enfermeira do Alojamento Conjunto.
- Durante todo o decorrer do processo de parir, esclarecíamos dúvidas e perguntas à medida que surgiam.

Em relação ao acompanhante, procurávamos sempre estimulá-lo a participar do processo de parir fazendo com que permanecesse ao lado da parturiente, dando amor, carinho e dialogando com ela.

Também orientávamos que era importante incentivar e auxiliar a parturiente nos exercícios, nas massagens, no banho de chuveiro e deambulação, pois isto ajudaria na evolução do trabalho de parto.

Quando apresentávamos a área física da maternidade à parturiente, procurávamos sempre ter a presença do acompanhante explicando os tipos de parto, mostrando as salas de parto normal e cesáreo, sala de cuidados com recém-nascido e sala de recuperação, enfatizando a importância do acompanhante.

Observávamos que alguns acompanhantes ficavam ansiosos e sentiam-se incapacitados para ajudar a parturiente quando ela necessitava, então era necessário tranquilizá-los e encorajá-los para que pudessem dar suporte e apoio à parturiente. Enquanto outros participavam ativamente, lembrando a parturiente a importância da respiração, fazendo massagens, auxiliando durante o banho, deambulação e demonstrando amor e carinho.

Então compreendemos que o parto era um momento inesquecível e de muita emoção, independente da pessoa que estava acompanhando.

A interação com as parturientes e acompanhantes se estabeleceu desde o primeiro contato, onde transmitíamos carinho, apoio, confiança e segurança. Estes momentos foram extremamente gratificantes, pois pudemos perceber que a nossa presença e os cuidados implementados foram importantes para eles vivenciarem com maior tranquilidade o processo de parir.

Conforme o objetivo proposto, apresentaremos o Processo de Enfermagem selecionado.

### Identificação da Parturiente e Acompanhante

G.A.C.G. (Estrela) 19 anos, união estável, católica, procedente da Barra da Lagoa, escolaridade 2º grau incompleto, estudante. Internou no Centro Obstétrico do HU no dia 08 de novembro às 8:00h. Na triagem foi avaliada e apresentava os seguintes dados obstétricos: 5cm de dilatação cervical, BCF de 145bpm, bolsa íntegra. Gesta II, para Ø, aborto I, idade gestacional (DUM: 40s e 3d, USG: 39s e 1d).

Estrela estava acompanhada pela cunhada M.S.P. (Cometa), 28 anos, casada, católica, procedente da Barra da Lagoa, escolaridade 1º grau incompleto, do lar.

A seguir, a transcrição da entrevista realizada com **Estrela** (parturiente) e **Cometa** (acompanhante) por **Júpiter, Marte, Saturno e Vênus** (acadêmicos).

8:30h

A enfermeira do CO avisa que uma parturiente está para internar. Na recepção a enfermeira da Triagem Obstétrica passa o plantão para os acadêmicos que recepcionam Estrela e Cometa.

Marte: Bom dia, somos acadêmicos da oitava fase de enfermagem. Meu nome é Marte, e estes são: Júpiter, Saturno e Vênus.

Estrela: Bom dia!

Cometa: Bom dia!

Estrela e Cometa são orientadas pela enfermeira da Triagem Obstétrica a colocarem os propés.

Marte: Estrela, agora vamos levá-la para o seu leito.

Saturno: Nós estamos fazendo nosso trabalho de conclusão de curso aqui na maternidade. Ele trata das questões culturais que envolvem o processo de parir. Para isto, acompanharemos vocês até o parto, prestando cuidados para você e seu bebê após o nascimento. Todas as informações serão sigilosas e seus nomes serão fictícios. Vocês gostariam de participar?

Estrela: Sim, gostaríamos.

Cometa: Não tem problema, podemos participar.

Saturno: Para isto, temos aqui um termo de consentimento que tem por finalidade garantir o sigilo e permitir o uso de gravador e máquina fotográfica. Vocês concordam em assinar?

Estrela: Sim, concordamos não é Cometa?

Cometa: Claro...

Nesse momento a enfermeira de plantão se apresenta:

Enfermeira: Bom dia, sou a enfermeira de plantão até às 19:00 horas. Qualquer coisa que precisarem é só chamar. Os acadêmicos de enfermagem cuidarão bem de vocês.

Estrela: Obrigada.

Enquanto isso, Marte efetua os registros no Livro de Passagem de Plantão, no Livro De Registro de Chegada e faz a prescrição de enfermagem.

Vênus: Vocês conhecem a maternidade?

Cometa: Não, nunca tivemos aqui.

Vênus: Vocês gostariam de conhecer?

Estrela: Eu quero muito conhecer, então vamos.

Júpiter: Estrela, para poder ir conhecer as salas de parto, você precisa colocar essa touca, e você Cometa, precisa colocar a touca e esse avental, pois as salas de parto ficam numa área que chamamos de restrita, e o uso da touca e do avental, serve para a prevenção de infecções.

Cometa: Você pode me ajudar?

Júpiter: Pode deixar que eu te ajudo.

Vênus: Estão prontas?

Estrela: Sim.

Marte: Esta é a sala de parto um, e atualmente só é possível fazer parto horizontal e semi-sentada, pois a mesa de parto que possibilitava realizar o parto de cócoras está no conserto. Este aqui é o berço aquecido onde seu bebê ficará para receber os primeiros cuidados.

Estrela: Ah, gostei dessa sala. Acho que vou querer o meu parto aqui.

Marte: Ainda tem outra sala para mostrar a você.

Vênus: Você já sabe se é menina ou menino?

Estrela: É uma menina e vai se chamar Lua.

Vênus: É um bonito nome.

Marte: Esta é a sala de parto dois, é a mais usada atualmente porque a mesa dá a possibilidade de fazer os dois tipos de parto, tanto vertical quanto horizontal. Você pode ficar da cócoras, assim como Júpiter está fazendo, ou pode deitar. A Cometa fica aqui do teu lado.

Nesse momento Estrela apresenta uma contração e se acocora apoiada em Cometa.

Marte: Estrela, porque você ficou de cócoras?

Estrela: Porque diminui um pouco a dor.

Marte: Muito bem Estrela, essa posição facilita a sua respiração e do seu bebê e pode aliviar a sua dor.

Estrela: Mas agora fiquei confusa, será que o parto de cócoras é o melhor?



Marte: O parto de cócoras facilita a expulsão do bebê pela própria ação da gravidade, tornando o trabalho de parto mais rápido e facilitando a oxigenação para o bebê.

Júpiter: Esta é a sala de cesárea. Caso o seu trabalho de parto não evolua para parto normal, você será encaminhada para esta sala e a sua acompanhante entra depois da anestesia.

Saturno: Já sabe o tipo de parto que você quer?

Estrela: Cesárea com certeza eu não quero, ainda vou me decidir se quero de cócoras ou deitada, mas gostei da sala dois.

Júpiter: Esta é a sala de recuperação. Depois do parto você será encaminhada para esta sala e seu bebê vai ficar contigo.

Retornamos para o leito do pré-parto.

Saturno: Vou realizar a ausculta dos batimentos cardíaco-fetais (BCF) e a dinâmica uterina (DU). Já fizeram estes exames em ti?

Saturno explicou os exames.

Estrela: Já, lá na triagem.

Saturno verifica os sinais vitais, BCF e DU.

9:00h

PA: 120x80mmHg, FC: 80bpm, FR:20mpm, T:36°C, BCF:145/140/150bpm, DU: 25'30'25'.

Durante a DU observamos que Estrela trancava a respiração durante as contrações.

Saturno: Estrela, procure não trancar a respiração, pois durante as contrações o fluxo sanguíneo fica reduzido para o bebê e você pode sentir falta de ar. Respire conforme o seu ritmo. Cometa, lembre Estrela de que ela precisa respirar durante as contrações.

Cometa: Pode deixar.

Marte: Estrela, você está com 4cm de dilatação, de acordo com o toque feito lá na triagem. Existem alguns exercícios que você pode fazer e que ajudam a dilatar o colo mais rápido. Você gostaria de experimentar?

Estrela: Vou ter que fazer exercício? Não consigo fazer força agora.

Marte: Aqui na maternidade tem alguns aparelhos que auxiliam na evolução do trabalho de parto como a bola e o cavalinho. Vou explicar como funciona, você segura aqui no corrimão, senta na bola, mantêm as pernas afastadas e faz movimentos circulares. Isso facilita o encaixamento do bebê na sua bacia e contribui na dilatação do colo. E este é o cavalinho, você senta e coloca o bumbum para trás e apóia os braços aqui. Isso ajuda no alívio da dor nas costas e também auxilia na dilatação do colo.

Estrela: Ai que bom, alivia um pouco a dor.

Estrela passa aproximadamente 20 minutos na bola.

Vênus: Estrela, vamos escutar o coração do bebê?

Estrela: Precisa ir para cama?

Vênus: Não, podemos fazer aqui mesmo.

9:30h

Vênus ausculta a verificação de BCF.

BCF: 144/134/140 bpm

Estrela sente contrações durante a ausculta do BCF.

Vênus: Estrela, o que você acha de caminhar um pouco ou experimentar o cavalinho?

Estrela: Quero voltar pra cama, estou com muita dor nas costas.

Vênus: A dor nas costas que você está sentindo é porque o bebê está encaixando na sua bacia, fazendo com que aumente a tensão nessa região. O que você acha de massagem nas costas?

Estrela: Acho que vai ajudar, mas deixa eu ir pra cama primeiro.

Estrela vai para o leito com o auxílio de Cometa. Observamos que Estrela deita em posição supina.

Júpiter: Estrela, qual a posição que você costuma ficar quando deitada?

Estrela: Olha, eu sempre deitei de barriga pra cima.

Júpiter: Estrela, essa posição que você costuma ficar não é a melhor, pois diminui a quantidade de sangue que vai para o seu bebê. A melhor maneira de ficar deitada é do lado esquerdo, pois não comprime os vasos que passam atrás do útero, melhorando a oxigenação do seu bebê e alivia a dor nas costas. Você gostaria de experimentar?

Estrela: Vou tentar, já que isso vai aliviar minhas dores.

Cometa: Eu sempre disse que assim estava errado, mas ela não me escutava.

Estrela deita em decúbito lateral esquerdo (DLE).

Júpiter: Cometa, você quer aprender a fazer massagem nas costas?

Cometa: Sim.

Júpiter orienta Cometa a massagear a região lombar de Estrela.

Estrela: Que bom essa massagem, até passou um pouco a dor.

10:00h

Marte verifica os sinais vitais, BCF e DU.

PA: 120x80mmHg, FC: 83bpm, FR: 23mpm, BCF: 140/132/144 bpm, DU: 30'30'25".

Saturno busca o instrumento de coleta de dados.

Saturno: Porque procuraram o HU para realizar o parto?

Estrela: A minha mãe indicou e disse que o atendimento era muito bom.

Cometa: Por causa do atendimento.

Saturno: Cometa, você já acompanhou algum parto antes?

Cometa: Não.

Saturno: E como você recebeu o convite para participar como acompanhante durante o trabalho de parto e parto?

Cometa: Gostei desde o início.

Saturno: Que motivo a levou a acompanhar a parturiente no Centro Obstétrico?

Cometa: Estrela pediu que eu acompanhasse ela, porque o meu irmão trabalha o dia inteiro e não poderia estar aqui.

Saturno: O que você acha da presença do acompanhante no Centro Obstétrico? Por quê?

Cometa: Importante, porque transmite segurança e apoio.

Saturno: Quando se fala na palavra parto o que lhes vem na cabeça?

Estrela: É uma hora de muita dor.

Cometa: Eu sei como é, já tive dois filhos.

10:30h

Júpiter realiza BCF: 145/140/136

Júpiter: Estrela, que tal você ir para o cavalinho?

Estrela: É uma boa idéia, mas antes preciso ir ao banheiro.

Após sair do banheiro, Estrela vai para o cavalinho e apresenta uma contração intensa.

Nesse momento Júpiter encoraja Cometa a realizar massagens na região lombar de Estrela.

Estrela: Quero voltar pra cama.

Observamos que Estrela deita em decúbito lateral esquerdo.

11:00h

Acadêmico de medicina: Vou fazer o exame do toque para ver como está o seu bebê.

Ao fazer o toque diz:

Acadêmico de medicina: Ela está com 8cm de dilatação.

Marte verifica os sinais vitais, BCF e DU.

PA: 110x80mmHg, FC: 85bpm, FR: 22mpm, BCF: 145/136/140 bpm, DU: 35'30'35'.

Vênus: Você está indo muito bem Estrela, logo Lua irá nascer. Você gostaria de tomar um banho de chuveiro para relaxar e ajudar na dilatação do colo?

Estrela: Quero sim, acho que vai ser bom.

Vênus: Deixa a água cair bem na sua barriga, fica o tempo que você quiser, quanto mais tempo melhor.



Cometa auxilia Estrela no banho. Enquanto isso Vênus e Júpiter trocam a roupa de cama e o forro perineal.

Após o banho de aproximadamente 30 minutos, Estrela caminha pelo corredor em companhia de Cometa.

Estrela: Ai, ai, dói muito, acho que não vou conseguir.

Estrela se acocora e aperta a mão de Cometa.

Marte: Calma, estamos aqui para ajudá-la, tudo vai dar certo. Se você ficar nervosa vai ser pior para ti e para o seu bebê.

Estrela: Preciso deitar, não quero mais caminhar.

12:00h

Saturno verifica os sinais vitais, BCF e DU.

PA: 110x80mmHg, FC: 85bpm, FR: 24mpm, BCF: 150/145/150 bpm, DU: 40'35'40".

Júpiter: Estrela, eu sei que você está cansada, mas você gostaria de voltar à bola?

Estrela: Não, prefiro o cavalinho.

Júpiter: Tudo bem, então vamos pra lá.

12:30h

Vênus verifica o BCF enquanto Estrela está no cavalinho.

BCF: 152/145/152bpm.

Observamos que Estrela no cavalinho fica inquieta, trocando de posições.

Júpiter: Está sentindo alguma coisa diferente?

Estrela: Estou com vontade de fazer cocô.

Júpiter: Não se preocupe, você sente vontade de evacuar porque o bebê está se acomodando para nascer. A sensação é parecida, acaba confundindo.

Estrela: Ah, entendi. Agora quero ficar na cama, estou cansada.

Júpiter: Fique calma Estrela, não adianta se desesperar, logo Lua irá nascer e essa dor irá passar.

Estrela vai para o leito.

13:30h

Saturno verifica BCF: 150/145/152.

Saturno: Já escolheu a posição para o parto?

Estrela: Sim, eu quero de cócoras.

Estrela começa a gritar e diz:

Estrela: Meu bebê vai nascer.

Nesta hora estoura a bolsa, líquido claro. Saturno chama o obstetra.

Obstetra: Vamos ver a cabeça do bebê. Abre bem as suas pernas. Quando tiver contração, faz uma força aqui em baixo, como se estivesse fazendo cocô.

Inicia-se uma contração.

O obstetra realiza o toque.

Obstetra: Vamos lá, faz força pra baixo. Olha, a cabecinha do bebê já está aqui embaixo. Vem ver Cometa. Está com 10cm de dilatação e colo apagado. Vamos levá-la para a sala de parto.

Cometa: Chegou a hora, agora você precisa ter força, pois Lua vai nascer.

Estrela é levada para a sala de parto dois com a ajuda de Marte e Cometa.

Júpiter: Pode sentar, coloca o seu pé aqui no apoio e escolhe uma posição confortável.

Marte: Quando você sentir contração, vem para frente e faça força.

Cometa senta-se ao lado de Estrela.

Estrela apresenta uma contração, vem para frente, segura na barra e faz força.

Obstetra: Você está indo muito bem, continue assim.

Júpiter: Passou a contração, então relaxe e respire fundo.

Outra contração inicia e Estrela posiciona-se novamente, e refere que não está mais agüentando de tanta dor e cansaço. Ela faz uma força gritando e...

14:15h

Nasce Lua.

Cometa começa a chorar.

Obstetra: Mãe, é uma menina linda.

O neonatologista recebe Lua para examiná-la. Recém-nascido do sexo feminino, peso 3450g. Apgar no 1º minuto 08 e no 5º minuto 09.

Estrela: Marte, obrigada por tudo que vocês fizeram pra mim.

Marte: Viu como tudo deu certo.

Júpiter e Marte posicionam Estrela para receber Lua.

O neonatologista coloca Lua sobre Estrela.

Júpiter percebe que Estrela não posiciona Lua corretamente para mamar.

Júpiter: Estrela, o bebê tem que pegar toda a aréola para poder mamar.

O obstetra aguarda a dequitação.

Júpiter: Você já viu uma placenta?

Estrela: Não, nem tenho curiosidade em ver.

Júpiter: Foi a placenta que alimentou Lua esse tempo todo e foi a bolsa que a protegeu.

Estrela: Que interessante, mas vai demorar muito para sair?

Júpiter: Logo sairá, aí eu te mostro.

14:35h

A placenta dequitou.

Júpiter explica a Estrela que a placenta estava grudada no útero e que o cordão umbilical alimentava o bebê.

Vênus: Estrela, agora vamos levar Lua para fazer os cuidados. Cometa você quer vir junto?

Cometa: Sim.

Vênus leva Lua para a sala de cuidados com RN. Cometa acompanha todos os procedimentos.

Obstetra: Agora vou verificar se não há nenhuma laceração.

Estrela não teve laceração.

O períneo de Estrela é limpo com soro aquecido. Funcionária entra com a maca e juntamente com Marte ajudam Estrela a passar para a mesma.

Marte: Agora vamos para a sala de recuperação (SRPA) esperar Lua.

14:50h

Na SRPA a funcionária coloca no braço de Estrela o aparelho de pressão e explica que deve mantê-lo esticado quando estiver funcionando.

Estrela: Estou com uma cólica forte.

Marte: Essa cólica acontece devido a involução uterina. Vou olhar na sua prescrição e ver se tem algum medicamento.

Marte avisa a funcionária e esta administra a medicação prescrita.

Enquanto isso, Vênus, Saturno e Júpiter estão na sala de cuidados com RN.

O Neonatologista examina Lua.

Capurro: 38s e 5d.

Vênus: Saturno, segura a Lua pra eu administrar a vitamina K.

Saturno: Tudo bem.

Cometa: Coitadinha, acabou de nascer e já vai tomar injeção.

Vênus: Cometa, esta injeção é de vitamina K e tem por finalidade prevenir a doença hemorrágica neonatal.

Vênus administra a vitamina K.

Vênus: Vou pingar uma gota de nitrato de prata nos olhos de Lua pra prevenir a conjuntivite.

Vênus pinga o colírio e limpa os olhos de Lua.

Vênus: Agora vou passar essa sonda que vai até o estômago dela.

Aspirado 1ml de líquido claro.



Saturno verifica os sinais vitais e os perímetros do recém-nascido: FC:140bpm, FR: 56mpm, T: 36.8°C, PC: 34cm, Estatura: 49cm.

Enquanto isso, Júpiter preenche a carteirinha, completa os dados na Declaração de Nascidos Vivos, faz a prescrição de enfermagem e a folha de sinais vitais do RN.

Cometa prestava atenção em todos os procedimentos realizados.

Saturno prepara o material para dar o banho em Lua. Durante o banho, é explicado a Cometa como deve ser dado o banho.

Cometa: Ela é um bebê muito lindo.

Saturno: É mesmo.

Saturno veste a roupa, enrola Lua no cobertor e a coloca no colo de Cometa.

Saturno: Ela está pronta, já pode levá-la para a sala de recuperação junto a Estrela.

Vênus acompanha Cometa até a SRPA.

Cometa: Mamãe, olha quem chegou... Lua é bem parecida contigo.

Estrela sorri e pega Lua.

Marte: Vamos colocar Lua para mamar, deve estar com fome.

Marte auxilia Estrela e Lua tem uma boa pega.

Estrela: Fico muito feliz vendo ela mamar.

Saturno: Estrela, posso continuar as perguntas daquele questionário?

Estrela: Com certeza.

Saturno: Como se sentiu acompanhada por alguém escolhido por você durante o trabalho de parto e parto?

Estrela: Me senti muito protegida e segura. Não seria a mesma coisa se ela não estivesse junto.

Saturno: Você recomendaria a presença de acompanhante para outras parturientes?

Estrela: Sim, pois o medo e o desespero é muito ruim.

Saturno: Como se sentiram durante a experiência do processo de parir? (Aspectos positivos e negativos)

Estrela: Achei que não iria conseguir, eu estava com muita dor. Mas agora vendo Lua sei que valeu a pena.

Cometa: Fiquei muito feliz por ter ajudado Estrela.

Saturno: Como se sentiram após conhecer a área física do Centro Obstétrico?

Estrela: Foi bom, pois me trouxe tranquilidade e segurança. Assim eu já sabia por onde iria passar.

Saturno: Descrevam o que significou o parto para vocês.

Estrela: Foi a maior emoção da minha vida.

Cometa: Adorei assistir o parto. Foi uma experiência diferente pra mim.

Saturno: Como descrevem o atendimento recebido no C.O.?

Estrela: Excelente, fui atendida com muito amor e carinho.

Cometa: Gostei muito.

Júpiter: Muito obrigada por vocês terem aceitado participar do nosso trabalho.

Estrela: Eu que agradeço. Vocês foram muito atenciosos e tenho certeza que serão excelentes enfermeiros.

Cometa: Continuem assim.

16:00h

Vênus passa o plantão por telefone para a enfermeira do Alojamento Conjunto (AC).

Nos despedimos de Estrela e Cometa desejando felicidades.

Estrela é transferida para o A.C. em companhia de Cometa.

Acompanhar a parturiente e seu acompanhante desde sua admissão no C.O. até sua alta para o A.C. levando o recém-nascido, gerou nos autores um sentimento de emoção e prazer pela formação de um vínculo afetivo que se estabeleceu entre eles.

Participar da formação deste vínculo foi um momento único, onde a comunicação verbal deixou de ser necessária dando lugar a sentimentos como amor e carinho.

Levantamento de dados	Diversidade e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural
Estrela apresenta uma contração e se acocora apoiada em Cometa.	Adoção da posição de cócoras na tentativa de aliviar a dor.	Necessidade de preservar a posição de cócoras.	Cuidado preservado. Orientada sobre outras vantagens desta posição e elogiada para continuar a permanecer nesta posição quando tivesse contrações.	Estrela continuou a se acocorar durante as contrações. Aceita e demonstra estar feliz ao ser elogiada, com relação à adoção da posição.



<b>Levantamento de dados</b>	<b>Diversidade e/ou universalidades culturais do cuidado</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado</b>	<b>Cuidado de enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado</b>	<b>Avaliação do cuidado cultural</b>
Saturno: “Já sabe o tipo de parto que você quer?” Estrela: “Cesárea com certeza eu não quero, ainda vou me decidir se quero de cócoras ou deitada”.	Indecisão quanto a posição de parir devido a falta de preparo e orientação do pré-natal, desconhecimento dos tipos de parto.	Necessidade de acomodação quanto à informação.	Cuidado acomodado. Orientamos as posições do parto normal, suas vantagens e desvantagens, esclarecendo que a escolha final era dela e seria respeitada a sua decisão.	Estrela escolheu o parto de cócoras alguns momentos antes de ir para a sala de parto, após conhecer as vantagens desta posição, referiu ter realizado a escolha certa, pois teve confiança nos autores e entendeu que isto foi importante para o seu bem estar assim como do RN.

Levantamento de dados	Diversidade e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural
Observamos que estrela trancava a respiração durante as contrações.	Trancava a respiração com a intenção de aliviar a dor.	Necessidade de acomodação da respiração.	Cuidado acomodado. Explicamos que durante as contrações, o fluxo sanguíneo fica reduzido para o bebê e parte superior da parturiente e orientamos sobre a respiração incentivando-a a continuar conforme o seu ritmo. Sugerimos a Cometa que lembrasse Estrela da respiração.	Estrela aceitou a sugestão e passou a não trancar mais a respiração durante as contrações, entendendo que este procedimento poderia prejudicá-la e ao seu bebê.

Levantamento de dados	Diversidade e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural
<p>Marte: “Existem alguns exercícios que você pode fazer e que ajudam a dilatar o colo mais rápido. Você gostaria de experimentar?”</p> <p>Estrela: “Vou ter que fazer exercício? Não consigo fazer força agora”.</p>	Desconhecimento de exercícios que auxiliam na dilatação e cansaço.	Necessidade de acomodação quanto às informações sobre exercícios no pré-parto.	<p>Cuidado acomodado. Orientamos e explicamos Estrela que existiam exercícios como a bola e cavalinho, que ajudariam na evolução do trabalho de parto, auxiliando para uma dilatação mais rápida.</p>	<p>Percebemos que Estrela passou a realizar os exercícios após saber que isso ajudaria na evolução do trabalho de parto e referiu alívio das contrações.</p>



Levantamento de dados	Diversidade e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural
<p>Questionamento de Estrela frente ao procedimento de BCF: “Precisa ir para cama?”</p>	<p>Percepção de que “para realização de procedimento deve-se deitar na cama”.</p>	<p>Necessidade de acomodação quanto à informação sobre o local da realização deste procedimento.</p>	<p>Cuidado acomodado. Conversas e esclarecimentos quanto a posição durante os procedimentos. A partir deste momento realizávamos os procedimentos de acordo com o local onde ela estava. Proporcionando conforto e assim incentivando a saída do leito.</p>	<p>Estrela não questionava mais ir para a cama durante os procedimentos. Demonstrava satisfação ao sentir-se respeitada.</p>

Levantamento de dados	Diversidade e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural
Estrela refere: “Estou com muita dor nas costas”.	Dor na região lombar.	Necessidade de acomodação do cuidado em relação a dor lombar, estimulação do acompanhante para fazer massagem e orientação para o banho.	Cuidado acomodado. Explicados a Estrela o motivo do aumento das dores naquele período, orientamos e estimulamos Cometa a realizar massagem na região lombar e encaminhamos Estrela para o banho.	Observamos que Cometa realizava a massagem sempre que Estrela reclamava de dor. Referia alívio das dores após as massagens e banho.

<b>Levantamento de dados</b>	<b>Diversidade e/ou universalidades culturais do cuidado</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado</b>	<b>Cuidado de enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado</b>	<b>Avaliação do cuidado cultural</b>
Observamos que Estrela deita em posição supina.	Estrela deitava em posição supina por achar que era a melhor posição.	Necessidade de repadronizar a posição no leito.	Cuidado repadronizado. Estrela foi orientada que quando no leito permanecesse deitada em DLE, explicamos as vantagens desta posição para a parturiente e feto.	Estrela aceitou a orientação e adotou a posição, pois entendeu que isso traria benefícios para ela e seu bebê.



Levantamento de dados	Diversidade e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural
Após contração intensa, Estrela falou: “Ai, ai, dói muito, acho que não vou conseguir”.	Estrela não imaginava que a dor fosse tão forte, a ponto de não mais suportar o cansaço devido ao trabalho de parto.	Necessidade de acomodação da percepção e necessidade de apoio emocional, carinho e incentivo.	Cuidado acomodado. Conversamos e oferecemos apoio emocional.	Estrela referiu estar mais tranquila, segura e menos tensa, pois entendeu que a dor era mecanismo do aumento da dilatação.
Estrela refere: “Estou com vontade de fazer cocô”.	Acredita que realmente está com vontade de fazer cocô.	Necessidade de acomodação da percepção e esclarecimento.	Cuidado acomodado. Explicamos a Estrela que esta vontade ocorre porque o feto está passando pelo canal do parto, fazendo compressão sobre o reto, causando sensação de evacuar.	Observamos um certo alívio de Estrela em saber que isso era acontecimento fisiológico e que fazia parte do processo de parir.

<b>Levantamento de dados</b>	<b>Diversidade e/ou universalidades culturais do cuidado</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado</b>	<b>Cuidado de enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado</b>	<b>Avaliação do cuidado cultural</b>
Júpiter percebe que Estrela não posiciona Lua corretamente para mamar.	Estrela posiciona seu filho como acredita ser a posição ideal, por ser inexperiente no manuseio.	Necessidade de acomodação do manejo da amamentação.	Cuidado acomodado. Orientamos e auxiliamos Estrela quanto ao posicionamento correto do bebê, pega da região mamilo-areolar.	Percebemos que nas mamadas posteriores, houve um manejo adequado da amamentação. Estrela ficou feliz por poder amamentar seu bebê.
Júpiter: “Você já viu uma placenta ?” Estrela: “Não, nem tenho curiosidade em ver”.	Falta de interesse em relação à placenta possivelmente relacionado ao estresse e a preocupação de saber se o seu bebê estava bem.	Necessidade de repadronização para obter conhecimento sobre a placenta.	Cuidado repadronizado. Orientamos quanto a sua importância e o seu papel no desenvolvimento do bebê.	Após a dequitação, Júpiter mostra a placenta e Estrela olha, mas continuava preocupada com seu bebê.

<b>Levantamento de dados</b>	<b>Diversidade e/ou universalidades culturais do cuidado</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado</b>	<b>Cuidado de enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado</b>	<b>Avaliação do cuidado cultural</b>
Estrela refere: “Estou com uma cólica forte”.	Estrela acredita que após o nascimento de seu bebê as cólicas cessariam.	Necessidade de alívio da dor.	Cuidado acomodado. Explicamos a Estrela que a cólica é um sintoma relacionado à involução uterina.	Estrela referiu alívio da cólica após a medicação.
No momento de administrar vitamina K Cometa fala: “Coitadinha, acabou de nascer e já vai tomar injeção”.	Desconhecimentos dos primeiros cuidados e crença na fragilidade do RN.	Necessidade de acomodação das informações sobre os cuidados com RN.	Cuidado acomodado. Orientamos quanto aos cuidados com o RN e sua importância.	Cometa presta atenção nas orientações e continua a demonstrar preocupação com a fragilidade do bebê.



### TERCEIRO OBJETIVO

#### **Identificar crenças e valores da parturiente e acompanhante no processo de parir.**

Na prática assistencial, inicialmente, apenas observávamos a parturiente, identificando seu comportamento. Posteriormente, nos apresentávamos e explicávamos o trabalho que estávamos desenvolvendo. Em seguida, com o seu consentimento, aplicávamos o questionário para a coleta de dados (apêndice B).

Vale salientar que, junto a este questionário também havia questões relacionadas para o acompanhante, já que o mesmo fazia parte do nosso trabalho.

À medida que implementávamos os cuidados, prestávamos atenção nas expressões corporais, nas linguagens não verbais, nas emoções e atitudes manifestadas, e percebíamos a importância das crenças, valores e comportamentos revelados em cada momento.

Aos poucos, a comunicação e a interação foram sendo estabelecidas com as parturientes e seus acompanhantes, deixando-os seguros e à vontade para esclarecerem dúvidas, tornando assim estas informações de grande valor para o nosso trabalho.

No primeiro momento, pensávamos que não conseguiríamos identificar muitas crenças e valores que envolvem o processo de parir, mas no decorrer do estágio conseguimos conquistar este objetivo.

Algumas crenças, valores e comportamentos relacionados ao processo de parir foram evidenciados na prática. A seguir, destacaremos algumas:

- Muitas parturientes vinham para a maternidade porque a bolsa havia rompido, acreditando que quando a “bolsa estoura” o bebê já está para nascer.
- Algumas parturientes acreditavam que deveriam permanecer no leito durante todo o trabalho de parto.
- Algumas parturientes não conheciam o parto de cócoras, pois acreditavam que só existia a posição horizontal.
- Grande parte das parturientes acreditavam que na instituição era rotina os procedimentos de tricotomia e enema.
- Muitas parturientes pediam que o parto acontecesse rapidamente, pois acreditavam que sentiriam menos dores.

- Muitos acompanhantes ficavam nervosos e sentiam-se incapacitados para ajudar a parturiente quando ela necessitava, acreditavam que somente os profissionais de saúde poderiam ajuda-la.
- Várias parturientes no pré-parto, achavam engraçado realizar os exercícios na bola e no cavalinho, pois não acreditavam que isto poderia contribuir para a evolução do trabalho de parto.
- Muitas múltiparas comparavam seus partos, acreditando que todos ocorreriam da mesma forma.
- Uma das parturientes, primigesta, pediu que o obstetra fizesse a episiotomia, pois acreditava que o bebê não passaria no canal vaginal.
- Alguns acompanhantes sentiam medo em colocar o recém-nascido no colo, pois acreditavam que poderiam machucá-lo.

As crenças da parturiente e acompanhante fazem parte do que eles acreditam, vindo a refletir em seus comportamentos.

Diante disto, nos colocávamos a disposição, procurando não julgar e sim avaliar se estes valores, crenças e comportamentos podem ou não serem compatíveis como o cuidado e, se estes, influenciam ou não na implementação deste cuidado.

#### QUARTO OBJETIVO

**Relacionar conhecimentos populares da parturiente e acompanhante com o conhecimento profissional para prestar um cuidado culturalmente congruente.**

Com a identificação das crenças e dos valores através da interação com a parturiente e seu acompanhante, consideramos os conhecimentos populares essenciais para a implementação de uma assistência culturalmente congruente.

Através de diálogos, expressões não verbalizadas e emoções manifestadas, os conhecimentos e as experiências vivenciadas pela parturiente e acompanhante, foram compreendidos e analisados com os conhecimentos científicos.

Após esta reflexão, a maioria dos cuidados por nós prestados foram adaptados, sendo que, deixávamos a parturiente e seu acompanhante livres para escolherem os caminhos a serem seguidos. Estas vontades foram respeitadas por nós e pela equipe.

A seguir, abordaremos alguns conhecimentos populares relacionando-os ao conhecimento profissional:

Conhecimentos Populares	Conhecimentos Profissionais
Muitas parturientes vinham para a maternidade porque a bolsa havia rompido, acreditando que quando a “bolsa estoura” o bebê já está para nascer.	A internação da parturiente deve ocorrer após os 3cm de dilatação e com contrações rítmicas (no mínimo duas em dez minutos). Se acontecer alguma intercorrência obstétrica, será indicada internação antes dos 3cm de dilatação, mas não significa que o parto aconteça em seguida (SKLOVSKY apud BRÜGGEMENN, 2002).
Algumas parturientes acreditavam que deveriam permanecer no leito durante todo o trabalho de parto.	Para ter uma boa evolução do trabalho de parto, a parturiente deve ser orientada e estimulada a deambular, fazer exercícios na bola e no cavalinho, deve ser encaminhada ao banho de chuveiro, afim de aliviar a dor e proporcionar relaxamento. Segundo Brüggemann (2002), a parturiente deve permanecer em repouso no leito somente quando houver restrições como: trabalho de parto prematuro, DHEG, uso de drogas sedativas ou analgésicas, etc.
Algumas parturientes não conheciam o parto de cócoras, pois acreditavam que só existia a posição horizontal.	A maternidade do HU possibilita a realização do parto de cócoras, pois é mais rápido, é auxiliado pela gravidade, a oxigenação do bebê é melhor, pois não ocorre a compressão dos grandes vasos abdominais, possibilitando a pelve total movimentação (BALASKAS, 1993).



<p>Grande parte das parturientes acreditavam que na instituição era rotina os procedimentos de tricotomia e enema.</p>	<p>Na maternidade do HU não é mais de rotina realizar a tricotomia e o enema, é respeitado o desejo da mulher de realizar estes procedimentos ou não, porque segundo BRASIL (1996), a tricotomia é geradora de desconfortos no pós-parto quando os pêlos começam a crescer e sua realização não diminui o risco de infecção. o enema é utilizado porque supostamente estimula as contrações uterinas e facilita a progressão da cabeça fetal, no parto, porém muitas mulheres consideram que seu uso é constrangedor. Estes procedimentos são considerados desnecessários, somente devendo ser realizados a pedido da mulher.</p>
--	---

<p>Muitas parturientes pediam que o parto acontecesse rapidamente, pois acreditavam que sentiriam menos dores.</p>	<p>A dor do parto vem com a contração, começando fraca e aumentando, até atingir o pico, quando começa a diminuir e desaparece completamente. A intensidade da dor do parto varia de mulher para mulher e de gestação para gestação de acordo com diversos fatores: grau de relaxamento, intimidade como o ambiente, apoio de familiares e profissionais, fatores culturais e preparo psicoprofilático. Este preparo psicoprofilático do parto eleva bastante o limiar de sensibilidade, o que torna as contrações bastante suportáveis (RIBEIRO apud GREGÓRIO, 2002).</p>
--	--

<p>Muitos acompanhantes ficavam nervosos e sentiam-se incapacitados para ajudar a parturiente quando ela necessitava, acreditavam que somente os profissionais de saúde poderiam ajuda-la.</p>	<p>Com o aumento da frequência e intensidade das contrações, observamos que muitas parturientes começam a chorar e gritar, ficam mais agitadas, sentem medo e com isso o acompanhante não sabe como se comportar naquele momento, que tipo de carinho, apoio ou massagem a mulher está precisando nas diferentes fases do trabalho de parto. Deste modo, o acompanhante precisa ser estimulado e encorajado para participar da assistência prestada a parturiente.</p>
<p>Várias parturientes no pré-parto, achavam engraçado realizar os exercícios na bola e no cavalinho, pois não acreditavam que isto poderia contribuir para a evolução do trabalho de parto.</p>	<p>Para que a mulher não permaneça deitada, ou seja, passiva durante o trabalho de parto, podem ser utilizadas algumas medidas e o uso de materiais que auxiliam no processo de parir, como: a bola, que aumenta a força muscular do assoalho pélvico e massageia o períneo e o cavalinho, que alivia a tensão muscular na região lombar (JICA apud DEUCHER, 2003).</p>
<p>Muitas multiparas comparavam seus partos, achando que todos ocorreriam da mesma forma.</p>	<p>Observamos que nenhum parto é igual ao outro, ele está relacionado a vários fatores como: o decorrer da gestação da mulher, a frequência e intensidade da suas contrações, a sua dilatação, aspectos emocionais, psicológicos, físicos e familiares.</p>



<p>Uma das parturientes, primigesta, pediu que o obstetra fizesse a episiotomia, pois acreditava que o bebê não passaria no canal vaginal.</p>	<p>Na maternidade do HU não é mais de rotina a realização da episiotomia. Segundo BRASIL (1996), apesar da prática da episiotomia ser amplamente utilizada no serviço de saúde, principalmente em primigestas, sabe-se que não existem evidências confiáveis sobre o uso liberal e rotineiro desta prática com efeito benéfico. Essa prática deve ser utilizada mediante indicação, portanto recomenda-se o uso limitado desta intervenção.</p>
--	---

<p>Alguns acompanhantes sentiam medo em colocar o recém-nascido no colo, pois acreditavam que poderiam machucá-lo.</p>	<p>Alguns acompanhantes têm medo de tocar o recém-nascido, pois ele parece o ser mais desprotegido e frágil do mundo. Mas na verdade, o parto e a adaptação de todo o seu organismo a um meio diferente, mostrou que este, apesar de ter alguns órgãos imaturos, está preparado para reagir às novas situações. Por isso é importante segurar o recém-nascido no colo, pois através deste contato é estabelecido o vínculo precoce entre acompanhante e recém-nascido (KLAUS e KENNEL, 1992).</p>
--	---

As parturientes e acompanhantes após a negociação, aceitaram e entenderam os cuidados implementados durante todo o processo de parir. Isto pode ter sido influenciado por alguns fatores como: estresse, cansaço, falta de esclarecimento, medo, insegurança ou confiança nos autores.

#### QUINTO OBJETIVO

**Buscar aprofundar e ampliar os conhecimentos em relação à teoria de Leininger e sobre Enfermagem Obstétrica e Neonatológica.**

Para que pudéssemos alcançar o nosso objetivo, inicialmente buscamos adquirir o domínio da teoria de Leininger e posteriormente bibliografias que utilizaram esta teoria, a fim de realizarmos uma assistência culturalmente congruente.

Com isto, muitas leituras e discussões foram feitas possibilitando o planejamento dos cuidados implementados.

Em relação à Enfermagem Obstétrica e Neonatológica, buscamos literaturas a respeito de tudo que envolve o processo de parir, questões culturais, aspectos psicológicos e emocionais, cuidados com o recém-nascido, a importância do acompanhante e da assistência humanizada, dentre outros.

Durante a prática assistencial, procurávamos discutir e esclarecer dúvidas com a nossa orientadora e supervisoras, utilizando suas experiências e ensinamentos como recursos para a formação de nossos conhecimentos.

Também participamos de alguns eventos que contribuíram para aprofundar e ampliar os nossos conhecimentos teórico-práticos.

A seguir citaremos alguns eventos:

- II Simpósio sobre Parto Ativo e Humanizado, nos dias 02 e 03 de outubro de 2003, com duração de 16 horas, Curitiba/PR.

Neste simpósio foi abordada a questão do acompanhante no processo de nascimento, a assistência de enfermagem no pré-natal, parto e puerpério, relatos de experiências de assistências obstétricas nos EUA e Japão, a humanização do atendimento ao RN na sala de parto e UTI neonatal.

Com a participação neste evento, adquirimos novos conhecimentos que foram utilizados em nosso estágio.

- XIII Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica, nos dias 15, 16 e 17 de outubro, com duração de 20 horas, Florianópolis/SC.

Neste encontro foram discutidas as atualidades e perspectivas da enfermagem pediátrica, os aspectos médicos e procedimentos de coleta de material para o teste do pezinho na triagem neonatal, a equipe de enfermagem frente à morte da criança, humanização e motivação no cuidado à criança e família.

Neste evento, tivemos a oportunidade de ampliar os nossos conhecimentos em enfermagem pediátrica e neonatológica.

- Oficinas de Equipe de Enfermagem no Pré-Parto, Parto e Puerpério, nos dias 05, 06 e 07 de dezembro de 2003, com duração de 20 horas, Florianópolis/SC.

Neste evento foi trabalhada a questão da qualidade na assistência ao parto e as contribuições da enfermagem que visam a qualidade e humanização no processo do nascimento.

As oficinas nos proporcionaram através de dinâmicas, a troca de experiências entre profissionais de outras instituições e a criação de novas amizades com profissionais da área



de Obstetrícia. Vimos também a importância de se prestar assistência humanizada a mulher nos diferentes momentos: pré-natal, pré-parto, parto e puerpério. Estas questões discutidas foram importantes para a construção do nosso trabalho.

## SEXTO OBJETIVO

**Participar do grupo de casais grávidos do HU/UFSC a fim de nos instrumentalizarmos sobre as questões culturais da gestante e/ou acompanhante.**

No primeiro dia com o grupo de casais grávidos, nos apresentamos, falamos do nosso trabalho de conclusão de curso e o objetivo de participarmos dos encontros.

Nossa participação foi bem aceita pelas gestantes, seus acompanhantes e pelas coordenadoras do grupo.

Segundo Zampieri et al (2003), a faixa etária das gestantes que participaram do grupo era de 26 a 32 anos, sendo que a maior parte delas possuía segundo grau completo, eram casadas, primigestas e estavam com seus acompanhantes. Todas as gestantes fizeram o pré-natal, sendo a maioria realizado na rede pública. A maioria das gestantes planejaram a gravidez e nunca haviam participado de um grupo como este.

No decorrer das atividades as gestantes esclareciam suas dúvidas e compartilhavam experiências, que eram discutidas com o grupo e coordenadoras. Os assuntos abordados segundo Zampieri et al (2003), foram:

- **Gestação:** falta de ar e respiração ofegante, medicações, alimentação, posição para dormir, câibras e varizes, ansiedade e solidão, auto-imagem, inchaço, expectativas quanto ao sexo do bebê, os irmãos e a gestação, sexualidade.
- **Aleitamento:** alimentação e amamentação, cuidados com o seio, mitos e verdades da cólica e alimentação, benefícios e malefícios da chupeta, dentição, como fazer para ter mais leite.
- **Parto:** sinais e sintomas, tipos, vantagens e desvantagens, medo da dor, recursos para evitar a dor, complicações, presença do acompanhante, lei do acompanhante, interferência na sexualidade, preparo para internação, anestésias, parto prematuro.
- **Vivência da mãe, família e bebê:** como se comunicar com o bebê.
- **Pós-parto:** depressão, cuidados naturais, alimentação, relacionamento com os filhos e marido, ciúmes, alternativas para o repouso obrigatório, sexualidade, sono do bebê.

- Cuidados com o bebê: banho e curativo do umbigo, sono e posição para dormir, estimulação do bebê em dose certa, relação afetiva do bebê, lavagem das roupas do bebê, assadura, brotoeja, cólica.
- Visita a maternidade do HU: conhecer as rotinas de atendimento, avaliação das atividades.

Em relação à avaliação dos encontros, observamos que muitas gestantes e acompanhantes relataram não sentirem mais medo do parto, que adquiriram conhecimentos, compartilharam experiências, esclareceram dúvidas, crenças populares e que vivenciaram momentos de alegria e reflexão.

Participar deste grupo de casais grávidos nos possibilitou conhecer através de conversas informais e observações, questões culturais como: a influência da experiência do trabalho de parto da mãe com o trabalho de parto da gestante, o medo da necessidade de utilizar o fórceps, a sexualidade após a episiotomia, a necessidade de realizar a lavagem intestinal e tricotomia, a ausência da dor no parto de cócoras, o trabalho de parto prolongado fazendo com que o cordão umbilical se enrole no pescoço do bebê, o uso de roupa amarela no bebê para evitar icterícia e a influência da alimentação da puérpera causando cólicas no bebê.

As crenças e os mitos foram essenciais para compartilharmos e trocarmos experiências durante a nossa prática assistencial, possibilitando a vivência do processo de nascimento um momento prazeroso para a parturiente. E observamos também que a presença do acompanhante não é importante somente na maternidade, mas em todo o período gestacional da mulher.

## 7 ASPECTOS ÉTICOS

A questão ética está intimamente ligada a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger, através da importância do respeito à cultura do cliente, crenças, valores e comportamentos. Possibilita três maneiras para atuação, através da manutenção, acomodação e repadronização do cuidado cultural.

O aspecto ético é focado quando se preocupa com fatores culturais que influenciam o comportamento do cliente, evitando desta forma a imposição cultural e práticas desfavoráveis.

O Código de Ética da Enfermagem reúne normas e princípios, direitos e deveres, estando centrado na clientela.

Durante todo o desenvolvimento desta prática assistencial, foram respeitados os seguintes aspectos:

- Cumprimos e fizemos cumprir os preceitos éticos e legais da profissão;
- Exercemos a Enfermagem com justiça, responsabilidade e honestidade;
- As parturientes e acompanhantes participaram do trabalho por livre e espontânea vontade, podendo desistir do mesmo se assim o desejassem.
- Foi mantido a confidencialidade das informações obtidas e o anonimato dos participantes do trabalho;
- Prestamos cuidados de Enfermagem a parturiente, acompanhante e recém-nascido, sem discriminação de qualquer natureza;
- Prestamos informações adequadas à parturiente e acompanhante a respeito da assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e consequências que pudessem ocorrer;
- Informamos os reais objetivos do projeto a parturiente e acompanhante que desejaram participar do mesmo;



- Solicitamos consentimento dos clientes ou de seu representante legal, por escrito (ApêndiceA), para participarem do trabalho;
- Interromperíamos a pesquisa em qualquer momento se este fosse o desejo dos participantes;
- Fomos honestas no relatório dos resultados da pesquisa;
- Explicamos à equipe de enfermagem do Centro Obstétrico do HU sobre o trabalho que foi desenvolvido e seus objetivos;
- Procuramos conhecer nossas limitações, aceitamos críticas e buscamos o crescimento profissional e pessoal.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A etapa que termina, é especial em nossas vidas, pois traz a realidade do final de uma caminhada onde deixaremos de ser acadêmicos e passaremos a ser enfermeiros, e isto, é resultado de uma busca constante de conhecimentos e realizações, que contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional.

As crenças, valores, símbolos, mitos e costumes influenciam na evolução do ser humano e através de interações com outros indivíduos são adquiridos e desenvolvidos os comportamentos e as ações no cotidiano.

No início do estágio, achávamos que crenças e valores eram difíceis de serem percebidas e não se mostravam claras durante o processo de parir. No entanto, agora sabemos que estes comportamentos se manifestam através da cultura da parturiente e seu acompanhante.

A utilização do referencial teórico foi decisiva para o alcance dos objetivos propostos, servindo como guia para realizarmos um cuidado cultural. Consideramos a Teoria de Leininger adequada para a nossa prática assistencial, pois o processo de parir tem grande influência cultural.

Valorizar o “saber” da parturiente e acompanhante, não foi tarefa fácil, pois trabalhamos com as dúvidas, inseguranças, alegrias e também com nossas próprias limitações e potencialidades. É muito difícil deixar de ser detentor do conhecimento e acreditar que suas verdades devem ser seguidas, o conhecimento popular também é importante e pode ser utilizado, desde que não prejudique o bem-estar das parturientes. Apesar disso, compreendemos que o saber popular influencia diretamente no processo do nascimento.

Percebemos que as parturientes e acompanhantes têm a necessidade de informações e orientações a respeito do trabalho de parto e parto, quando essa comunicação é estabelecida gera confiança e segurança, fazendo com que eles se sintam respeitados e passem auxiliar nos cuidados implementados. Deste modo, os profissionais de saúde precisam compreender e

valorizar não só esse tipo de comunicação, mas também suas expressões faciais, gestos, postura corporal e toque.

Consideramos muito importante a presença do acompanhante de escolha da parturiente para estar com ela durante o processo de parir, pois a força e o apoio que ele proporciona fazem com que a parturiente se sinta protegida. Por isso, os profissionais de saúde devem considerá-lo como uma pessoa única, a qual está vivenciando juntamente com a parturiente um momento especial e estimulá-lo a participar ativamente desse processo.

Vivenciar vários processos de parir significou muito, mas cada um trouxe uma emoção diferente. Emoções estas que envolveram temor, dor, ansiedade, alegria, amor e algumas vezes frustração por parte da parturiente por não poder conduzir o parto da forma que realmente desejaria, tendo que mudar no último momento. Hoje temos condições de perceber que o processo de nascimento não é somente mais um evento, mas sim um momento que requer interação baseada na confiança. Foi gratificante ao final de cada cuidado, escutar “muito obrigado”, “valeu por tudo”, “vocês foram muito atenciosos”.

Tivemos uma boa interação com a equipe multidisciplinar do Centro Obstétrico, compartilhamos conhecimentos, fizemos amizades e recebemos apoio para a nossa prática. Com nossas supervisoras e orientadora, trocamos experiências e recebemos dedicação ao nosso trabalho.

Este estudo fortalece a importância do enfermeiro na realização de um cuidado culturalmente congruente, respeitando a cultura, os costumes, os comportamentos, as individualidades e emoções de cada parturiente e acompanhante, tornando-os condutores do processo de nascimento.

Ao término deste estudo, refletimos que acomodamos a maioria dos cuidados implementados, ou seja, negociamos, sugerimos, auxiliamos, trocamos idéias e oferecemos condições para os nossos clientes escolherem o tipo de cuidado que gostariam de receber. Para isto foi preciso mais diálogo, tempo e presença nas necessidades e dúvidas surgidas, fazendo com que a parturiente e o acompanhante ficassem seguros e confiantes para então ocorrer a troca de experiências entre o saber popular e profissional, evitando assim a imposição do nosso cuidado.

Durante a nossa prática assistencial no C.O., encontramos algumas facilidades como o bom relacionamento com as supervisoras, a disponibilidade da maioria dos profissionais em auxiliar nos procedimentos, a instituição ser um hospital escola e ter uma filosofia voltada a humanização, que facilitou o trabalho, a aceitação de todas as parturientes e acompanhantes



para a implementação dos cuidados e a oportunidade de aprender e realizar vários procedimentos.

É importante ressaltar que surgiram algumas dificuldades durante a nossa prática assistencial, por parte dos profissionais da enfermagem, como a falta de acolhimento e a solicitação para que assumíssemos os procedimentos de rotina.

Concluimos que a busca de conhecimentos é constante e que ainda temos muito caminho para percorrer, mas o que foi aprendido durante este trabalho, foi de grande importância para a nossa vida profissional.

## 9 REFERÊNCIAS

AMIGAS DO PARTO. **Parto na água**. Disponível em: [www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br). Acesso em: 20 de setembro de 2003.

\_\_\_\_\_. **Parto Cesáreo**. Disponível em: [www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br). Acesso em: 20 de setembro de 2003.

BALASKAS, Janet. **Parto ativo**. Guia prático para o parto natural. São Paulo: Ground, 1993. 302p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área técnica de saúde da mulher: Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199p.

BRASIL, Organização Mundial de Saúde. **Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Organização Mundial de Saúde, 1996. 54p.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. **Sinais e sintomas do trabalho de parto**. In: OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria (org). Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais. 2 ed. Florianópolis: Cidade futura, 2002. p. 23-34.

\_\_\_\_\_. **Períodos clínicos do parto e assistência de enfermagem**. In: OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria (org). Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais. 2 ed. Florianópolis: Cidade futura, 2002.p. 35-64.

\_\_\_\_\_. **Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização.** In: OLIVEIRA, Maria Emília; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. *A melodia da humanização*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 23-34.

\_\_\_\_\_. **Buscando conhecer as diferentes partituras da humanização.** In: OLIVEIRA, Maria Emília; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. *A melodia da humanização*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 37-58.

DELASCIO, Domingos; GUARIENTO, Antonio. **Obstetrícia normal**. 3 ed. São Paulo: Sarvier. 1981.

DEUCHER, Carolina Vieira; SOUZA, Franciane Aceli de; RASSELE, Tatiana. **Estimulando o autocuidado da mulher/acompanhante durante o processo de parir baseado na teoria de Dorothea Orem.** Florianópolis: UFSC, 2003. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 3 ed. Porto Alegre: Artes médicas. 1997. p.159-161.

FUSTINONI, S. M. **As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva da ação social.** São Paulo, 2000. (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional.** Tradução: Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000. p.297-309.

GREGÓRIO, Vitória R. Petters. **Cesariana.** In: OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria (org). *Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais*. 2 ed. Florianópolis: Cidade futura, 2002.



\_\_\_\_\_. **Fórcipe.** In: OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria (org). Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais. 2 ed. Florianópolis: Cidade futura, 2002.

\_\_\_\_\_. **Contração uterina.** In: OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria (org). Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais. 2 ed. Florianópolis: Cidade futura, 2002.

GREGÓRIO, Vitória R. P.; GARCIA, Olga, R.Z; COSTA, Roberta. **Percepções e sentimentos do casal grávido e da equipe de saúde quanto a presença ou ausência do pai no Centro Obstétrico.** In: X CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, e CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERÍA, 10 Florianópolis, 1999.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** 2 ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1994. 333p.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Histórico.** Disponível em: [www.hu.ufsc.br](http://www.hu.ufsc.br). Acesso em: 20 de setembro de 2003.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KLAUS, M.; KENNELL, J. **Pais e bebê: a formação do apego.** 2 ed. Lisboa: Presença, 1992.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem: instrumento para a prática.** Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez.** 14 ed. São Paulo: Saraiva, 1997. p.67-85.

MALDONADO, Maria Tereza; DICKSTEIN, Julio; NAHOUM, Jean Claude. **Nós estamos grávidos.** 10 ed. São Paulo: Saraiva, 1997. p.103-105.

MENDES, Ana M<sup>a</sup> Francisco Nunes; RODRIGUES, Eli et al. **Manual de rotinas de serviços da maternidade e do ambulatório do centro obstétrico.** Hospital Universitário/Florianópolis, 2001. 170p.

MINATI, Fabiana et al. **O processo de parir: uma experiência assistencial do cuidado de enfermagem, baseada na teoria transcultural de Madeleine Leininger.** Florianópolis: UFSC, 1997. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.

MONTICELLI, Marisa. **Nascimento como um rito de passagem.** São Paulo: Robe Editorial, 1997. 346p.

MONTICELLI, Marisa. **Nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos.** Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

MONTICELLI, M.; ALONSO, I. L. K.; LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p.97-98.

MONTICELLI, Marisa; OLIVEIRA, Maria Emilia de. **Assistência de enfermagem ao recém-nascido no centro obstétrico.** In: OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria (org). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais.** 2 ed. Florianópolis: Cidade futura, 2002.

PIZZATO, Marina G.; DA POIAN, Vera R. L. **Enfermagem neonatológica.** 2 ed. Porto Alegre: Luzzato, 1988. p. 47.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

\_\_\_\_\_. **Obstetrícia.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, C. A.B. **Obstetrícia fundamental.** 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 652p.

SANCHEZ, Fábio. **A melhor posição.** Revista Crescer, v., nº 60, p. 26-31, nov. 1998.

SANTOS, Odaléia Maria Brüggemann dos. **A enfermagem com diálogo vivo: uma proposta humanista no cuidado a mulher e família durante o processo de parir.** Florianópolis, UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em assistência de enfermagem – Programa de pós-graduação em enfermagem). Florianópolis: UFSC, 1998.

SANTOS, Vânia Sorgatto Collaço. **Parto vertical: uma vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir.** Dissertação (Mestrado em assistência de enfermagem do adulto), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SPINOSA, Rosamaria; WATERKEMPER, Roberta. **Fortalecendo o potencial do trinômio mãe/filho/acompanhante para o autocuidado, em nível hospitalar e domiciliar.** Florianópolis: UFSC, 2000. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Humanizar é preciso: escute o som desta melodia.** In: OLIVEIRA, Maria Emília; BRÜGGEMANN, Odaléia Maria; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. A melodia da humanização. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 73-84.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota et al. **Perfil das parturientes do grupo de gestantes ou casais grávidos.** 2003.

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.



## 10 BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

BOEHS, Astrid Eggert. **Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger.** In: Revista Latino – Americana de Enfermagem, 2002, p. 90-96.

BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna.** 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

COLLA, Danieli A; PEREIRA, Francesli P.; CORRÊA, Márcia H. Coelho. **Vivenciando quatro nascimentos: ser filho, ser mãe, ser pai e ser família.** Florianópolis: UFSC, 2000. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.

COLLAÇO, Vânia Sorgatto. **Parto vertical.** Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

CARON, Olga A. Fortunato; SILVA, Isilia Aparecida. **Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação.** In: Revista Latino – Americana de Enfermagem, 2002, p. 485-492.

OLIVEIRA, Maria Emilia; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria (org). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais.** 2 ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor.** São Paulo: Terceira Margem, 2000.

SANTOS, Camila Favero dos; BIER, Maria Helena; BARUFFI, Lenir Maria. **Mitos e crenças do casal grávido.** In: Revista Técnico-Científica de Enfermagem, 2003, p. 259-268.

SANTOS, Odaléa M<sup>a</sup> B.; SIEBERT, Eli R. C. **The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina.** In: International Journal of Gynecology & Obstetrics, New York, 2001, p. 573-578.

TEDESCO, José J.; QUAYLE, Julieta; ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia psicossomática.** São Paulo: Atheneu, 1997.

## 11 APÊNDICES



## APÊNDICE A

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

É de nosso conhecimento que os acadêmicos, Carla Scheuer, Gilcione Amaral Madruga, Sabrina Ines Vaz e Tatiana Claumann Freygang, formandos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina estão desenvolvendo um estudo com parturientes/acompanhantes, no processo de parir, no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário/UFSC.

A proposta do grupo de acadêmicos consiste em prestar um cuidado cultural congruente, no processo de parir, embasado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

Concordamos em participar de forma livre e espontânea da proposta de estudo, podendo desistir a qualquer momento, assim como ter garantido(a) a confidencialidade e anonimato. Bem como que os dados obtidos sejam utilizados e divulgados no referido estudo.

Estamos de acordo que se faça o uso de gravador na entrevista e de máquina fotográfica durante o processo de parir.

Florianópolis,.....de.....de 2003.

.....  
Assinatura da parturiente

.....  
Assinatura do acompanhante

## APÊNDICE B

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ADAPTADO DE MINATTI(1997), SANTOS (1999) E GREGÓRIO & GARCIA & COSTA (1999)

#### IDENTIFICAÇÃO

PARTURIENTE:	ACOMPANHANTE
Procedência:	Procedência:
Idade:	Idade:
Escolaridade:	Escolaridade:
Profissão/ocupação:	Profissão/ocupação:
Religião:	Religião:
Número de filhos vivos:	Número de filhos:
Gesta:          Para:          Aborto:	

- Que relação existe entre parturiente/acompanhante:

- ( ) parturiente e marido
- ( ) parturiente e namorado
- ( ) parturiente e companheiro
- ( ) parturiente e mãe
- ( ) parturiente e outro (.....)

- Por que procuraram o HU para realizar o parto?

#### Acompanhante

- Você já acompanhou algum parto antes?

- ( ) sim. Quantos? De quem?
- ( ) não

- Como recebeu o convite para participar como acompanhante durante o trabalho de parto e parto?

- ( ) ficou com medo mas gostou
- ( ) gostou desde o início
- ( ) não gostaria de estar participando
- ( ) outro (.....)

- Que motivo o levou a acompanhar a parturiente no Centro Obstétrico?

- O que você acha da presença do acompanhante no Centro Obstétrico:

- ( ) importante
- ( ) sem importância

Por quê?

## **QUESTÕES CULTURAIS RELACIONADAS AO PROCESSO DE PARIR**

- Quando se fala na palavra parto o que lhes vem na cabeça?

- O que vocês sabem a respeito do parto? Quem lhes falou?

- O que a parturiente refere em relação a/ao:

Tricotomia

Enema

Uso do propé



Uso da camisola

Jejum

Posição preferida no período de dilatação

Posição preferida no período de expulsão

Higiene no trabalho de parto (enxaguante bucal e banho)

Fluidoterapia

Indução ou condução do trabalho de parto com ocitocina

Respiração

Dinâmica uterina

Batimento cardio-fetal

Contrações

Bolsa rota (“parto seco”)

Deambulação

---

Toque

Ambiente do Centro Obstétrico

Dor

Episiotomia

Poder conhecer as salas de parto anteriormente ao parto

Número de pessoas que cuidam dela

Distinção dos profissionais que cuidam dela

- Outras crenças referidas:

- **pela parturiente:**

- **pelo acompanhante:**

### **QUESTÕES OBSERVADAS PELOS ACADÊMICOS NO PERÍODO DE DILATAÇÃO.**

- Como a parturiente se comporta vestindo a camisola:

- O que expressa na linguagem não-verbal?

- Comportamento corporal e expressão facial:

( ) chora

( ) grita

( ) coloca a roupa na boca

( ) tampa a boca com a mão

( ) apresenta-se calma

( ) aperta a mão do acompanhante/enfermeira/acadêmico

( ) apresenta apenas expressão facial de dor

( ) outros (.....)

- Qual a relação da parturiente com o/a acompanhante:

- ( ) beija-o/a
- ( ) não o/a toca
- ( ) fala com ele/ela
- ( ) não verbaliza
- ( ) aperta-o/a mão
- ( ) outros (.....)

- Como acompanhante se comporta na sala de pré-parto:

- ( ) nervoso/agitado
- ( ) calmo/tranquilo
- ( ) demonstra interesse em ajudar os cuidados
- ( ) ajuda nos cuidados
- ( ) outros (.....)

- Qual a relação da parturiente com os profissionais de saúde:

- ( ) retraída
- ( ) agressiva
- ( ) demonstra medo/insegurança
- ( ) ajuda no processo
- ( ) outros (.....)

- Como a parturiente se comporta frente a/ao:

Jejum

Respiração

Dinâmica uterina



Batimentos cardio-fetais

Toque

**QUESTÕES OBSERVADAS PELOS ACADÊMICOS NO PERÍODO DE EXPULSÃO, DEQUITAÇÃO E GREENBERG.**

- comportamento corporal, facial e verbal da puérpera
- relação com o acompanhante
- Na dequitação a parturiente se preocupa em ver a placenta:  
  
(    ) sim  
(    ) não
- Comportamento da puérpera durante a episiorrafia
- Comportamento da puérpera em relação a dor
- Comportamento da puérpera frente aos cuidados na sala de recuperação

## APÊNDICE C

### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO

#### Parturiente com acompanhante

- Qual o tipo de parto realizado?

- ( ) parto normal vertical
- ( ) parto normal horizontal
- ( ) parto cesáreo

Por que?

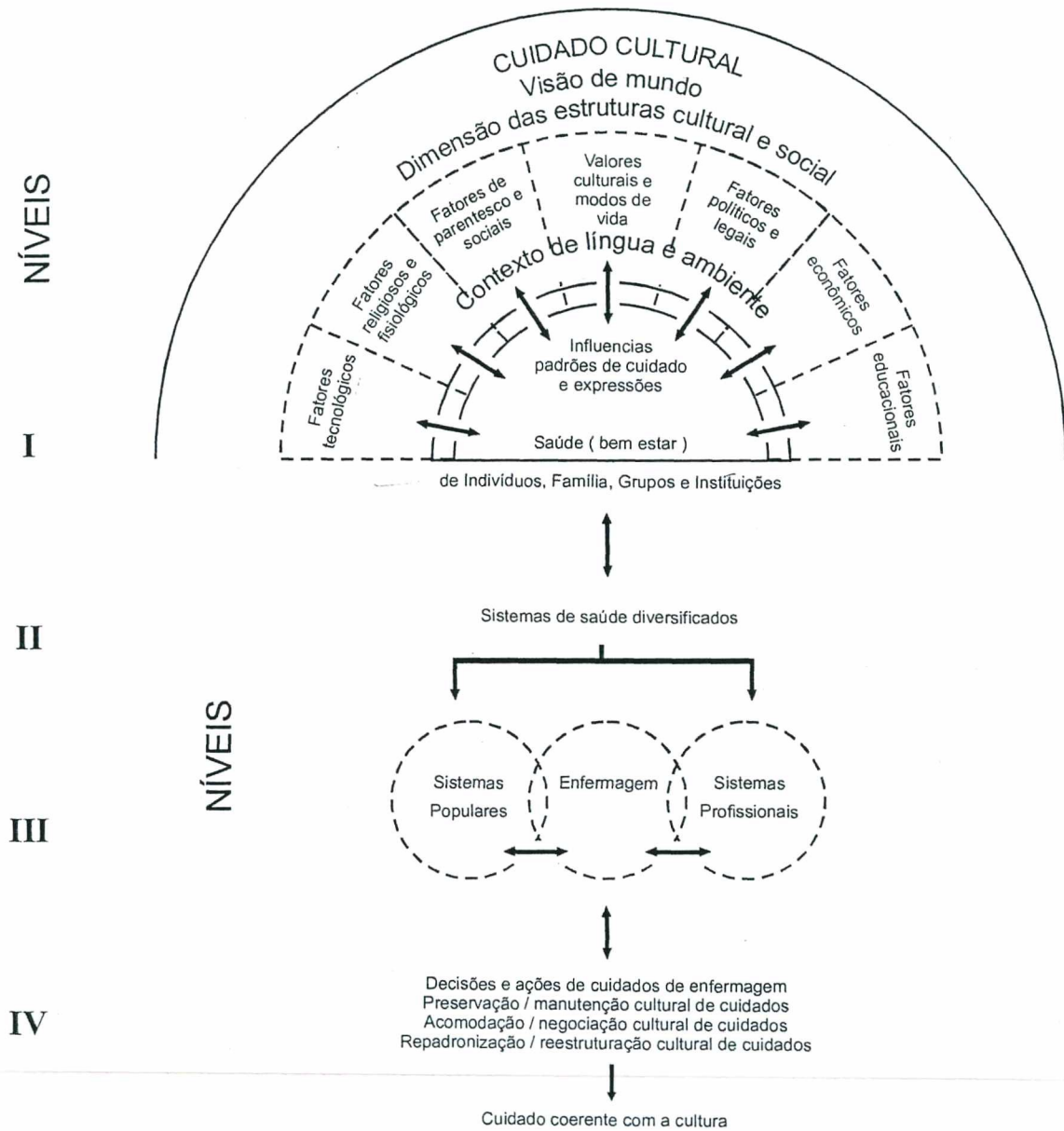
- Como se sentiu acompanhada por alguém escolhido por você durante o trabalho de parto e parto?
  - Como você se sentiu ficando sem acompanhante durante o trabalho de parto e parto?
  - Você recomendaria a presença de um acompanhante a outras parturientes?
  - Como se sentiram durante a experiência do processo de parir? (aspectos positivos e negativos)
- 
- Como se sentiram após conhecer a área física do Centro Obstétrico?
  - Descreva o que significou o parto para vocês
  - Como descrevem o atendimento recebido no C.O.?

## **12 ANEXOS**



## ANEXO A

### MODELO SOL NASCENTE



## ANEXO B

### FILOSOFIA DA MATERNIDADE

- Em se prestando assistência, se ensina;
- É direito de toda mulher – recém-nascido (RN) – família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;
- A atenção à saúde da mulher visa o ciclo gravídico-puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento;
- Na atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;
- O sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;
- A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família, deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado;
- As atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mãe-RN-família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano em benefício de uma melhor assistência;
- A equipe deve exercer um papel atuante na educação da mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;
- Todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuadas, específicas, para prestação de assistência a quem tem direito a mãe, o RN, e a família;
- A parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. Ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do feto;
- O desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com elas se relacionem;

- A mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.

Fonte: Regimento Interno do HU



## ANEXO C

### FOTOS DO ESTÁGIO





















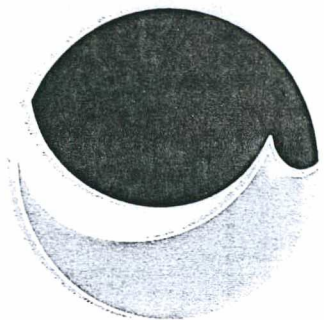




## **ANEXO D**

### **CERTIFICADOS**

Encontro Catarinense  
das Redes de  
Gestação de Risco  
&  
Urgência e Emergência



Hotel Bristol Castelmar  
Florianópolis - SC  
5, 6 e 7 de dezembro  
de 2003

*Certificada*

*Participante que* CARLA SCHEUER

*participou do curso* OFICINA: Equipe de Enfermagem no Pré-Parto, Parto e Puerpério

*como* ALUNO

*Carla Scheuer* 20 Horas

Realização

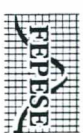


*Florianópolis, 07 de dezembro de 2003.*

*Carla Scheuer*  
*Coordenadora de Enfermagem do Estado de Santa Catarina*

*Elis*

Organização



Parceria





## **CERTIFICADO**

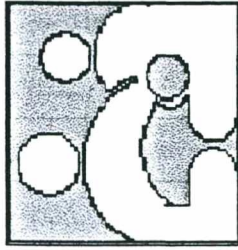
Certificamos que **Carla Scheuer**  
participou do **XIII ENCONTRO CATARINENSE DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**,  
(carga horária: 20 horas) realizado em Florianópolis – SC, no período de 15 a 17 de  
outubro de 2003, na qualidade de **Membro Efetivo**.

  
Rosângela Inês Waylis

**Presidente XIII ECENPE**



Lélia Mesquita Santana  
**Gerente de Enfermagem - HIJG**



**ABENFO – PR**

# CERTIFICADO

*Certifico para os devidos fins que Carla Scheuer participou do II Simpósio sobre Parto Ativo e Humanizado promovido pela Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras – seção Paraná, nos dias 02 e 03 de Outubro de 2003 com carga horária de 16 horas, no Hotel Paraná Suíte na cidade de Curitiba-Pr.*

Curitiba, 03 de Outubro de 2003.

**Shunaida Sonobe**  
**Presidente da ABENFO**

Encontro Catarinense  
das Redes de  
Gestação de Risco  
&  
Urgência e Emergência



Hotel Bristol Castelmor  
Florianópolis - SC

5, 6 e 7 de dezembro  
de 2003

*Certificado*

SABRINA INÊS VAZ

*Certificamos que*  
*participou do curso*

OFICINA: Equipe de Enfermagem no Pré-Parto, Parto e Puerpério

ALUNO

*como*

20 Horas

*Carga horária*

Realização



Secretaria  
de Estado  
da Saúde

SANTA CATARINA



MINISTÉRIO DA SAÚDE

*Florianópolis, 07 de dezembro de 2003.*

*Stelio*  
*Syndicato de Gestões e*  
*Investigação Socio-econômica*

*Secretário de Estado da Saúde*

*Ylva*  
*Coordenadora do Curso*

Organização



Parceria



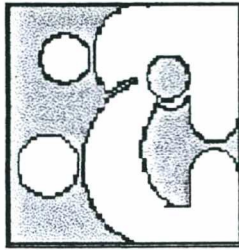


## **CERTIFICADO**

Certificamos que **Sabrina Inês Vaz**  
participou do **XIII ENCONTRO CATARINENSE DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**,  
(carga horária: 20 horas) realizado em Florianópolis – SC, no período de 15 a 17 de  
outubro de 2003, na qualidade de **Membro Efetivo**.

  
Rosângela Inês Wayhs  
Presidente XIII ECENPE

  
Lélia Mesquita Santana  
Gerente de Enfermagem - IIIJG



**ABENFO – PR**

# CERTIFICADO

*Certifico para os devidos fins que Sabrina Ines Vaz participou do II Simpósio sobre Parto Ativo e Humanizado promovido pela Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras – seção Paraná, nos dias 02 e 03 de Outubro de 2003 com carga horária de 16 horas, no Hotel Paraná Suíte na cidade de Curitiba-Pr.*

Curitiba, 03 de Outubro de 2003.

**Shunaída Sonobe**  
**Presidente da ABENFO**

## **CERTIFICADO**

Certificamos que **Tatiana Claumann Freygang** participou do **XIII ENCONTRO CATARINENSE DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**, (carga horária: 20 horas) realizado em Florianópolis – SC, no período de 15 a 17 de outubro de 2003, na qualidade de **Membro Efetivo**.

  
Rosângela Inês Wayhs

**Presidente XIII ECENPE**



Lélia Mesquita Santana

**Gerente de Enfermagem - HIJG**

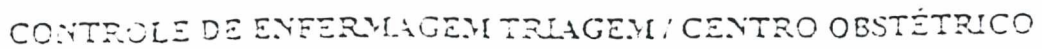


## **ANEXO E**

### **FORMULÁRIOS DO CENTRO OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC**

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PARTURIENTE

CUIDADOS	HORÁRIO	DATA/HORA ASSINATURA
<b>DILATAÇÃO</b>		
1. Encaminhar e/ou auxiliar no banho.		
2. Estimular higiene oral.		
3. Verificar sinais vitais.		
4. Estimular deambulação.		
5. Manter repouso relativo/absoluto no leito.		
6. Levar a cliente e acompanhante p/ conhecer a sala de parto.		
7. Orientar permanência em DLE no leito e explicar a importância.		
8. Orientar cliente quanto a respiração - Durante as contrações: Superficial e rápida / intervalo das contrações: ritmo normal		
9. Supervisionar a dieta zero.		
10. Oferecer gaze embebida em água, para umedecer os lábios.		
11. Orientar a troca de perineais e anotar características da secreção.		
12. Estimular a micção espontânea.		
13. Observar formação de globo vesical.		
14. Estimular acompanhante a participar dos cuidados prestados à cliente.		
15. Comunicar os sinais de PERIGO neste período: (Hipertonia uterina, sangramento vaginal aumentado, distúrbios visuais, tontura, dor epigástrica, cefaléia, alteração de conduta, distensão do segmento inferior e outros).		
16. Comunicar os Sinais de PERÍODO EXPULSIVO: (abaulamento do períneo com protusão do ânus, coroamento da apresentação puxos e sensação de evacuação).		
17. Realizar cuidados de pré-operatório.		
18. Manter cuidados com FLUIDOTERAPIA.		
19.		
20.		
<b>PERÍODO EXPULSIVO</b>		
1. Avaliar os esforços da cliente e apontar seus progressos.		
2. Prestar assistência de enfermagem relativa a ROTINA DO PERÍODO EXPULSIVO E DEQUITAÇÃO.		
3. Verificar PA e P após dequitação 15/15 min.		
<b>GREENBERG</b>		
1. Observar involução uterina.		
2. Observar formação do globo de segurança de Pinard.		
3. Controlar sangramento vaginal.		
4. Controlar sinais vitais (15/15min.).		
5. Observar nível de consciência.		
6. Incentivar a amamentação.		
7. Propiciar ambiente tranquilo para promover a internação precoce MÃE-RN-PAI.		
8. Estar alerta para sinais de PERIGO neste período (sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumentado de volume (atonía), sudorese, hipotensão taquifigmia e alteração de conduta.		
9. Observar sangramento na incisão cirúrgica e fazer troca curativo, s/n.		
10. Preencher o ÍNDICE de ALDRETTE.		
11. Manter cuidados com FLUIDOTERAPIA.		
12.		
13.		
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA PRESCRIÇÃO	CLIENTE: _____  REGISTRO: _____	



CENTRO OBSTÉTRICO PRE-PARTO	Hora	Procedência: TRIAGEM <input type="checkbox"/> ACOMPANHANTE: <input type="checkbox"/>	Conheceu CO sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
		AC <input type="checkbox"/> GINECO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> Nome:	
	Parto escolhido: PNV <input type="checkbox"/> PNH <input type="checkbox"/>	Ass.: _____	

HOSPITAL UNIVERSITARIO	DIRETORIA DE ENFERMAGEM	SERVIÇO DE OBSTETRICA
Cliente:	Registro:	Leito:



[illegible]





# Histórico de Enfermagem

<b>I. Identificação do Paciente</b>									
Idade:		Cor:		Est. Civil :		Religião :		Naturalidade:	
Procedência:			Profissão:			Escolaridade:			
Peso:		Estatura:		Data/Hora da Internação :					
Condições da Paciente na Internação : Período expulsivo    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>									
<b>II. Percepções e/ou Expectativas</b>									
Motivo da Internação : TP <input type="checkbox"/> Indução <input type="checkbox"/> Inibição <input type="checkbox"/> Alto Risco <input type="checkbox"/> por.:									
Curetagem <input type="checkbox"/> .Outros.:									
<b>III. Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas</b>									
<b>1. Necessidades Psicobiológicas</b>									
<b>1.1. Oxigenação</b>									
Dispnéia:		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Tabagismo na gravidez:		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
R :		mrm							
<b>1.2. Hidratação e Alimentação</b>									
Horário da última ingesta/Tipo de alimento:									
<b>1.3. Eliminações</b>									
Vesical : Infecção urinaria    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>									
Intestinal : evacuou antes de internar    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Dificuldades    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> qual:									
Drenagens	Perdas Vaginais	tampão mucoso <input type="checkbox"/> sangramentos <input type="checkbox"/> leucorréia <input type="checkbox"/> Outros:							
		Bolsa rota    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Artificial <input type="checkbox"/> Data/Hora:							
		Características    claro <input type="checkbox"/> claro com grumos <input type="checkbox"/> achocolatado <input type="checkbox"/>							
	Gástricas	líquido amniótico:    meconial <input type="checkbox"/> fluido <input type="checkbox"/> espesso <input type="checkbox"/> sanguinolento <input type="checkbox"/>							
Náuseas e Vômitos    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>									
<b>1.4. Integridade Física</b>									
Próteses    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>									
<b>1.5. Regulações</b>									
Térmica		T    °C							
Vascular		PA    mmHg		P    bpm					
Neurológica		Tontura    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Cefaléia    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Distúrbios Visuais    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>			
		Convulsões    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Alteração de conduta    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
Hidroeletrolítica		Edemas    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Locais :					
<b>1.6. Integridade Cutânea Mucosa</b>									
Mamas	Mamilos:    Protuso <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Invertido <input type="checkbox"/> Pseudo Invertido <input type="checkbox"/> Semi Protuso <input type="checkbox"/>								
	Rede de Haller :    Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Tubérculos de Montgomery :    Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>								
	Colostro :    Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>								
Varizes		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Local:							
Abdômen	Inspeção	Forma:    Globoso <input type="checkbox"/> Ovóide <input type="checkbox"/> Pêndulo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>							
		Altura Uterina:    cm							
	Palpação	Situação:    Longitudinal <input type="checkbox"/> Oblíqua <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> Posição:    Esquerda <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/>							
		Apresentação:    Alta e móvel <input type="checkbox"/> Insinuada <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Córnica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/>							
		Foco :    QSD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> QSE <input type="checkbox"/> QIE <input type="checkbox"/> BCF:    bpm							
Dinâmica Uterina:									
Colo Uterino ( toque )	Colo:    Fino <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Grosso <input type="checkbox"/>		Pérvio p/    cm						
	Polo    Cefálico <input type="checkbox"/> Pélvico <input type="checkbox"/>		Plano de De Lee <input type="checkbox"/>						
	Alterações :								

<b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b>	<b>DIRETORIA DE ENFERMAGEM</b>	<b>Serviço de Obstetrícia</b>
Cliente:	Registro:	



<b>1.7. Cuidado Corporal</b>											
Condições de higiene: Boas <input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Péssimas <input type="checkbox"/> Realizou tricotomia perineal : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>											
<b>18. Percepção Dolorosa</b>											
Dor epigástrica : sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> . Outros: _____											
<b>1.9. Terapêutica</b>											
Apresenta Alergia a medicamentos: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Quais: _____											
Rede venosa: _____					Musculatura: _____						
Tratamento Prescrito: _____											
Uso de drogas/ Alcoolismo sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Nome: _____					Período da gravidez: _____						
Grupo Sanguíneo e fator Rh : _____											
Recebeu Imunoglobulina humana após parto : sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Quando: _____											
<b>1.10. Sexualidade</b>											
DUM: / /		DPP: / /		GESTA: _____		PARA: _____		ABORTO: _____		Mal formados: _____	
Abortamento: Espontâneo <input type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Retido <input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/>											
IG : _____ semanas.				Data do último parto: / /							
Problemas no Aparelho Reprodutor Feminino: _____											
<b>2. Necessidades Psicossociais e Espirituais</b>											
<b>2.1. Educação para Saúde</b>											
Pré-Natal: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> nº de consultas:..... . Doenças na gravidez : sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> . Período : _____											
Recebeu informações sobre: parto <input type="checkbox"/> aleitamento materno <input type="checkbox"/> alojamento conjunto <input type="checkbox"/> puerpério <input type="checkbox"/>											
<b>2.2. Aceitação, auto estima e realização</b>											
Planejou a gravidez sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> . Depressão pós-parto anterior (es): sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>											
Pretende amamentar: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Porque não: _____ Amamentou o último filho <input type="checkbox"/> Quantos meses: _____											
Deseja Acompanhante no C.O.: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> no A.C./ GINECO: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>											
Nome e grau de parentesco do familiar : _____											
<b>2.4. Outros</b>											
Enfermeiro: _____ DATA: / /											
<b>1.10.1 Parto</b>											
Data e hora do parto: / / às _____ h.											
Tipo	Normal <input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/> Episiotomia: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> . Fórceps <input type="checkbox"/> . Laceração : 1º grau <input type="checkbox"/> 2 Grau <input type="checkbox"/> 3º grau <input type="checkbox"/> . Período expulsivo prolongado sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Circular de cordão <input type="checkbox"/> quantas: _____										
	Cirúrgico <input type="checkbox"/> Pfannenstiel <input type="checkbox"/> Küstner <input type="checkbox"/>										
Gemelar <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> . Intercorrências durante o parto: _____											
Dequitação	min. após o parto										
	Mecanismo: B. Shultz <input type="checkbox"/> B. Duncan <input type="checkbox"/> Extração Manual <input type="checkbox"/>										
	Curagem <input type="checkbox"/> Curetagem <input type="checkbox"/> Placenta Íntegra: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Sinais de Infecção Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>										
Período de Greenberg	Peso: _____ g. Cordão Umbilical: _____ cm. Inserção: central <input type="checkbox"/> paracentral <input type="checkbox"/> periférica <input type="checkbox"/>										
	Globo de segurança de Pinard formado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>										
	T= _____ °C PA: _____ mmHg P= _____ bpm R= _____ mrm										
	Sangramento: normal <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> Útero: retraído <input type="checkbox"/> atonia <input type="checkbox"/>										
	Localização do útero em relação à cicatriz umbilical: ao nível <input type="checkbox"/> acima <input type="checkbox"/> abaixo <input type="checkbox"/>										
Outros:	RN colocado para mamar na sala de parto: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> . Sugou o seio: sim <input type="checkbox"/> Condições da mamada: _____ não <input type="checkbox"/> porque: _____										
RN: Peso _____ g Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Apgar: ( 1' ) = _____ ( 5' ) = _____											
Parto atendido por : _____ Neonatologista: _____											
Enfermeiro: _____						Data: _____			Hora: _____		



Data:

Hora:

Nome:

IN REGISTRO

Idade:      Gs:      Rh:      \_\_\_\_\_  
G:      P:      C:      A:      \_\_\_\_\_  
DUM:      /      /      /      \_\_\_\_\_  
IG (DUM):      \_\_\_\_\_  
IG(USG):      \_\_\_\_\_

Posição materna

Lat. direita ----- LD  
Lat. esquerda ----- LE  
Dorsal ----- D  
Semi-sentada ----- SS  
Sentada ----- S  
Em pé/caminhando ----- PC

Planos de De Lee  
Variedade de Posição ----- 0  
Dilatação Cervical ----- •  
Ruptura Esp. de Memb. ----- REM  
Ruptura Art. de Memb. ----- RAM

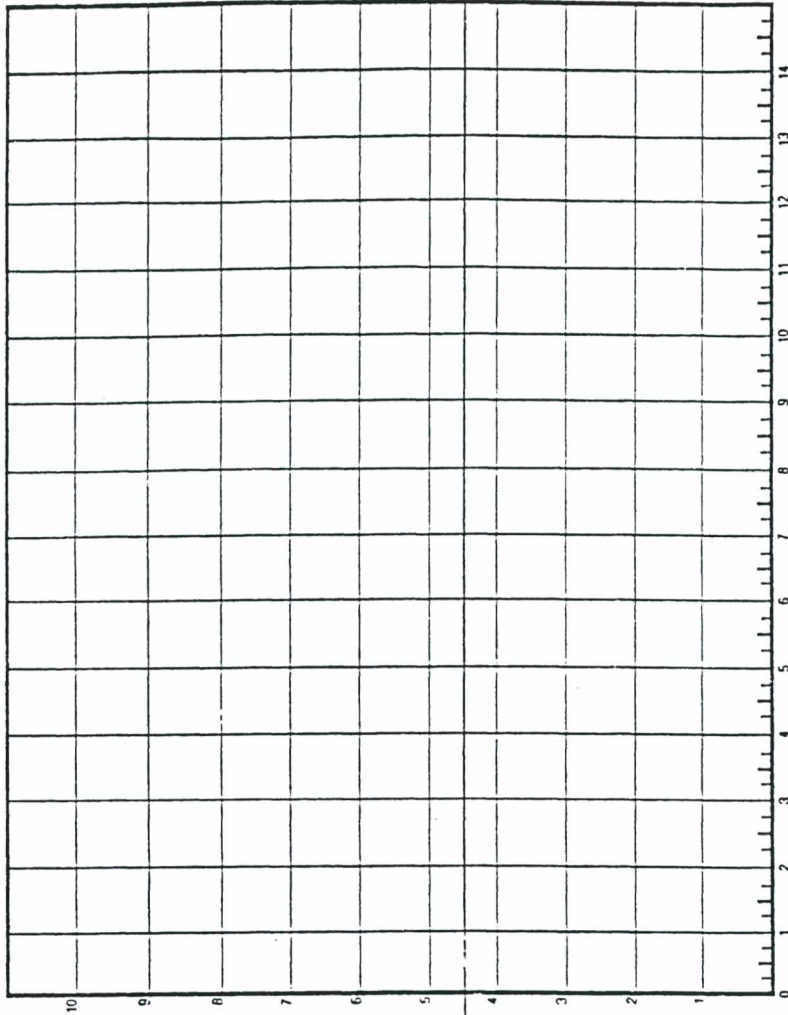
VALORES PARA A CONSTRUÇÃO  
DA LINHA DE ALERTA (em horas) p10

VERI- FICAÇÃO M. OVUL 4-5 cm	HORIZONTAL			
	MILÍMETROS INTE- GRAS	MILÍMETROS ROTA- GRAS	MILÍMETROS INTE- GRAS	MILÍMETROS ROTA- GRAS
0.15	0.15	0.05	0.30	0.20
0.25	0.25	0.10	0.35	0.35
0.35	0.40	0.25	0.40	0.50
1.00	0.55	0.35	1.00	1.05
1.15	1.25	1.00	1.30	1.25
2.10	2.30	2.30	3.15	2.30

LINHA DE BASE A PARTIR DA QUAL SE CALCULA  
O TEMPO PARA ALCANÇAR O PONTO AOS 6 cm

DILATAÇÃO CERVICAL (cm) em 10 min.  
FREQÜÊNCIA DAS CONTAÇÕES (em 10 min.)

PARTOGRAMA



HORA REAL

Hora

BCF

DU

Ass.

PA

PM

Observações (Ruptura das membranas, Líquido Amniótico, Dips, Cardiotocografia, Sangramento, e outras):





# LISTAS PARA A CODIFICAÇÃO DA HCP

## PATOLOGIAS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Os números entre parênteses correspondem à Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), OPS/OMS, 1992

<b>D.</b>	
<b>GESTAÇÃO MÚLTIPLA</b>	<b>030</b>
<b>HIPERTENSÃO PRÉVIA</b>	<b>010</b>
Hipertensão prévia essencial complicando a GPP	010.0
Hipertensão prévia secundária complicando a GPP	010.4
<b>PRÉ-ECLÂMPSIA</b>	<b>013 e 014</b>
Hipertensão transitória da gravidez	016
Pré-eclâmpsia leve	013
Pré-eclâmpsia severa e moderada	014
Hipertensão prévia com preteinúria	011
<b>ECLÂMPSIA</b>	<b>015</b>
<b>CARDIOPATIA</b>	<b>Z86.7</b>
<b>DIABETES</b>	<b>024</b>
Diabetes mellitus insulino-dependente prévia	024.0
Diabetes mellitus não insulino-dependente prévia	024.1
Diabetes mellitus iniciada na gravidez	024.4
Tolerância anormal a glicose	R73.0
<b>INFECÇÃO URINÁRIA</b>	<b>0 23.0-023.4</b>
Bacteriúria assintomática na gravidez	R82.7
<b>OUTRAS INFECÇÕES</b>	<b>098, B50-B54, A60</b>
Infecções do trato genital na gravidez	023.5
Sífilis complicando a GPP	098.1
Gonorréia complicando a GPP	098.2
Malária	B50-B54
Infecção herpética anogenital (herpes simplex)	A60
Hepatite a virus	098.4
Tuberculose complicando a GPP	098.0
<b>PARASITOSE COMPLICANDO A GPP</b>	<b>098.8</b>
<b>RETARDO DO CRESCIMENTO INTRAUTERINO</b>	<b>P05</b>
<b>AMEAÇA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)</b>	<b>060</b>
Incompetência do canal cervical	034.3
<b>DESproporção CEFALOPÉLVICA</b>	<b>064, 065, 069</b>
Obstrução causada por má posição do feto	064
Obstrução causada por bacia óssea	065
Desproporção causada pelo feto	066
<b>HEMORRAGIA DO PRIMEIRO TRIMESTRE</b>	<b>020</b>
Mola hidatiforme	001
Aborto (retido / espontâneo)	002.1, 003
Gravidez ectópica	000
Aborto induzido e terapêutico	006, 004
AMEAÇA DE ABORTO	020.0
<b>HEMORRAGIA DO SEGUNDO E TERCEIRO TRIMESTRES</b>	
Hemorragia por placenta prévia	044.1
Descolamento prematuro de placenta	045
Hemorragia antiparto associada com coagulopatias	046.0
Rotura do útero	071.0-071.1
Acleração do colo do útero	071.3
<b>ANEMIA</b>	<b>099.0</b>
Anemia ferropriva	D50
<b>ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</b>	<b>042</b>
Infecção da cavidade amniótica	041.1
<b>INFECÇÃO PUERPERAL</b>	<b>085-086</b>
Sepsis	085
Infecção da mama e do mamilo associadas com o parto	091
<b>HEMORRAGIA PÓS-PARTO</b>	<b>072</b>
Retenção placentária	072.2, 072.2
Hematomas	072.1
Acleração do perineo do 1º e 2º grau	070.0, 070.1
Acleração do perineo do 3º e 4º grau	070.2, 070.3
<b>OUTRAS PATOLOGIAS</b>	<b>resto de 000-099</b>
Placenta prévia sem hemorragia	044.0
Hiperêmese	021
Doença renal sem menção de hipertensão	099.8 (condições em N00-N39)
Dependência de drogas	F10-F19
Defrimento fetal	068
Hidrânio	040
Pligamnio (sem menção de rotura de membranas)	041.0
Complicações do cordão umbilical	069
Complicações de administração de anestésicos ou de outros sedativos, no trabalho de parto	074
Embolia pulmonar obstétrica	088
Ineficiência de incisão de cesárea	090.0
Ineficiência de sutura perineal	090.1
IDS	B20-B24
HIV positivo	R75
Câncer do cervix	C53
Câncer de mama	C50
<b>OUTRAS SDR</b>	

## PATOLOGIAS DO RECÉM-NASCIDO

<b>CÓD.</b>	
<b>50. DOENÇAS DE MEMBRANA HIALINA</b>	<b>P22.0</b>
<b>51. SÍNDROMES ASPIRATÓRIOS</b>	<b>P24</b>
<b>52. APNÉIAS POR PREMATURIDADE</b>	<b>P28.3 P28.4</b>
<b>53. OUTRAS SDR</b>	<b>Q25.0, P29.3, P23, P25, P22.1, P27</b>
01. Ducto arterioso persistente	Q25.0
02. Persistência da circulação pulmonar fetal	P29.3
03. Pneumonia congênita	P23
04. Enfisema intersticial e pneumotórax	P25
05. Taquipnéia transitória	P22.1
06. Doença respiratória crônica originada no período perinatal	P27
<b>54. HEMORRAGIAS (EXCLUINDO INTRACRANIANAS P52)</b>	<b>P50-P55</b>
07. Doença hemorrágica do recém-nascido	P53
55. Hemorragia pulmonar originada no período perinatal	P26
56. Hemorragia umbilical (exclui as onfalites com hemorragia)	P51
<b>57. HIPERBILIRRUBINEMIAS</b>	<b>P55-P59</b>
08. Doenças hemolíticas devida a isoimunização Rh	P55.0
09. Doença hemolíticas devida a isoimunização Abo	P55.1
10. Ictericia neonatal associada a parto prematuro	P59.0
<b>58. OUTRAS HEMATOLÓGICAS (EXCLUI P55.0, P55.1, P59, P52)</b>	<b>P50-P61</b>
11. Policitemia neonatal	P61.1
12. Anemia congênita	P61.3
13. Demais alterações hematológicas	resto de P50-P61
<b>48.0 INFECÇÕES</b>	<b>(P35-P39, A09, G00, A54.3)</b>
14. Diarréia	A09
15. Meningites	G00
16. Onfalite	P38
17. Conjuntivite	P39.1 A54.3
59. Infecções da pele do recém-nascido	P39.4, L00
18. Septicemia	P36
19. Outras infecções específicas do período perinatal	resto de P35-P39
20. Enterocolite necrotizante	P77
49. Tétano neonatal	A33
60. Sífilis congênita	A50
61. Doenças congênitas virais	P35
<b>62. ANOMALIAS CONGÊNITAS</b>	<b>Q00-Q99</b>
21. Espinha bífida com e sem hidrocefalia	Q05, Q07.0
22. Hidrocefalia congênita	Q03
23. Outras anomalias congênitas do SNC	resto de Q00-Q07
24. Do sistema respiratório	Q30-Q34
25. Do sistema circulatório	Q20-Q28
26. Fissura da abóboda palatina e lábio leporino	Q35-Q37
27. Do sistema digestivo	Q39-Q45
28. Dos órgãos genitais	Q50-Q56
29. Do sistema urinário	Q60-Q64
30. Luxação congênita do quadril	Q65
31. Anomalias cromossômicas	Q90-Q99
32. Síndromes de malformação congênita afetando múltiplos sistemas	Q87
<b>63. NEUROLÓGICA (EXCLUI ANOMALIAS CONGÊNITAS)</b>	
33. Hidrocefalia adquirida	G91
34. Leucomalácia pericentricular e cerebral	P1.1, PG1.2
35. Toco-traumatismo com lesão intracraniana do SNC e do sistema nervoso periférico	P10, P11, P14
36. Hemorragia intracraniana não traumática	P52
<b>64. METABÓLICA / NUTRICIONAL</b>	<b>P70-P78</b>
43. Síndrome do "Filho de mãe diabética"	P70.0, P70.1
44. Hipocalcemia / hipomagnesemia	P071
45. Hipoglicemia	P70.3, P70.4, E16.2
46. Outras alterações perinatais do sistema digestivo	resto de P75-P78
47. Problemas com a alimentação	P92
<b>66. OUTRAS</b>	<b>resto de P00-P96, Q99</b>
39. HIV positivo	R75
40. Retinopatia da prematuridade	H35
41. Hérnia inguinal	K40
42. Insuficiência renal congênita	P96.0
67. Hipotensão / choque	R57
65. Síndrome de trauma por frio	P80.0 (exclui hipotermia leve P80.8)

## INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO OPERATÓRIO OU INDUÇÃO

<b>CÓD.</b>	
01. Cesária anterior	17. Placenta prévia
02. Defrimento fetal agudo	18. Deslocamento de placenta normo-inserida
03. Desproporção feto-pélvica	19. Rotura uterina
04. Alteração da contratilidade	20. Toxemia (gestose)
05. Parto prolongado	21. Herpes genital
06. Recasso de indução	22. Condilomatose genital
07. Descolamento da apresentação	23. Outra doença materna
08. Gestação gemelar	24. Natimorto
09. Retardo do crescimento uterino	25. Esgotamento materno
10. Pré-termo	26. Outra
11. Pós-termo	
12. Apresentação podálica	
13. Anomalias posteriores	
14. Situação transversa	
15. Rotura prematura de membranas	
16. Suspeita ou certeza de infecção ovular	

## MEDICAÇÃO NO PARTO

<b>CÓD.</b>	
01. Lidocaína ou similares	17. Antagonistas do cálcio
02. Amino simpaticomiméticos	18. Sulfato de Magnésio
03. Inalantes (pentano-flurano-óx.nitroso)	19. Hidrazina
04. Barbitúricos	20. Beta bloqueadores
05. Bloqueadores musculares	21. Outros antihipertensivos
06. Diazepóxido	22. Sangue e/ou hemoderivados
07. Meperidina	23. Heparina
08. Antiespasmódicos	24. Corticóides
09. Ocitocina	25. Cardiotônicos
10. Prostaglandinas	26. Diuréticos
11. Betalactâmicos (penicilinas-cefalosporinas)	27. Aminofilina
12. Aminoglicosídeos (gentamicinas-amicacina)	28. Insulina
13. Eritromicina	29. Difenilhidantoina
14. Metronidazol	30. Outra
15. Beta miméticos	
16. Antiprostaglandinas	



## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O RN

	DATA / /	DATA / /	DATA / /
PROBLEMA Nº 1	HORA:	HORA:	HORA:
01. Verificar R, FC, R, T			
02. Pesar			
03. Dar banho de imersão usando sabonete neutro			
04. Aplicar álcool a 70% no coto umbilical 3 vezes ao dia e após cada troca de fralda - anotar característica			
05. Registrar frequência e característica de diurese, evacuações			
06. Registrar frequência, duração das mamadas, poder de sucção e pega da aréola.			
07. Observar e registrar alterações respiratórias e sintomas de hipoglicemia.			
08. Manter RN agasalhado de acordo com a temperatura ambiente e registrar sinais de hipotermia.			
09. Manter o RN em DLD após as mamadas.			
10. Anotar surgimento e evolução de icterícia.			
11. Manter cuidados com RN em fototerapia.			
12. Orientar, envolver a puérpera e acompanhá-la em todos os cuidados prestados ao RN.			
13. Favorecer o contato RN - MÃE - PAI.			

ENFERMEIRO: CARIMBO E ASSINATURA:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PRESCRIÇÃO

CLIENTE:

REGISTRO:

Q/L:

# RECÉM-NASCIDO:

APGAR:	1º min.:	3º min.:	5º min.:	10º min.:
Peso:	g	Comp:	cm	PC: cm
Sexo:		Cor:		
Capurro (somático):	sem.	dias	Ballard:	sem. dias

Atendimento ao recém-nascido:

Exame físico:	Quanto tempo o RN ficou com a mãe na sala de parto?
<input type="checkbox"/> Aspecto geral (cor, tônus, edema, nutrição) <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Olhos <input type="checkbox"/> Ouvido, nariz, boca <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Pulmões <input type="checkbox"/> Coração <input type="checkbox"/> Abdome <input type="checkbox"/> Genitália <input type="checkbox"/> Tronco e coluna <input type="checkbox"/> Membros <input type="checkbox"/> Clavículas <input type="checkbox"/> Ortolani <input type="checkbox"/> Ânus                      Normal ( O ) <input type="checkbox"/> Reflexos                 Anormal ( X ) <input type="checkbox"/> Coto umbilical	Descrição de alterações no exame:

Diagnóstico:	
--------------	--

Conduta:	
----------	--

Data:	Hora:
Médico:	CRM:

TIPO:	Rh:	CD:
-------	-----	-----

ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO

RN de \_\_\_\_\_ Reg.: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES DA MÃE:

Idade: _____ anos		Cor: _____		Estado Civil: _____	
Domicílio: _____					
Tipo e Rh: _____		Coombs indireto: _____		Data: _____	
Tipo e Rh do pai: _____					
GESTA: _____		PARA: _____		CES: _____	
ABORTO: _____		DUM: / /			
IGO (DUM): _____		sem. _____ dias		IG (US c/ _____ sem.): _____ sem. _____ dias	
Pré-natal: _____		consultas _____		Local: _____	
Intercorrências na gestação: _____					
Ultra-som: _____					
VDRL: 1° _____		2° _____		3° _____	
Data: _____		Data: _____		Data: _____	
Toxoplasmose: IgG: _____		IgM: _____			
Data: _____					
Anti-HIV: _____		HbSAg: _____		Rubéola: IgG: _____	
Data: _____		Data: _____		IgM: _____	
Data: _____		Data: _____			
Outras: _____					
Tabagismo: Sim ( ) Não: ( )		Etilismo: Sim ( ) Não: ( )		Duração aleitamento anterior: _____	
Quantos: _____		cigarros/dia _____			

NASCIMENTO ATUAL:

Data: _____		Hora: _____		Tipo: _____	
Apresentação: _____					
Indicação da cesárea _____					
Anestesia: _____		Amniorrexe: Provocada ( )		Espontânea ( )	
Bolsa rota dia: _____		Hora: _____		horas antes do parto	
Características do líquido: _____					
Complicações: _____					



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

[illegible]


CLIENTE:	QL:	Data:
REGISTRO:		

# PREScrição de Enfermagem para a Puérpera

problema Nº 1

CUIDADO	HORÁRIO		
	DATA	DATA	DATA
	/ /	/ /	/ /
1 – Prestar cuidados de Higiene.	Leito		
	Banheiro		
2 – Estimular HO.			
3 – Verificar T P R PA.			
4 – Controlar diurese, evacuação, loqueação e anotar características.			
5 – Verificar localização do fundo uterino.			
6 – Estimular e/ou auxiliar higiene perineal com água morna e sabonete neutro.			
7 – Manter cuidados com sonda vesical e fluidoterapia.			
8 – Retirar curativo incisional.			
9 – Anotar características do períneo (episiorrafia) ou incisão abdominal.			
10 – Anotar condições das mamas.			
11 – Anotar queixas de dor ou outros desconfortos.			
12 – Auxiliar e estimular amamentação.			
13 – Orientar e auxiliar nos cuidados com o RN: higiene, coto e termorregulação.			
14 – Favorecer o contato MÃE - RN - PAI.			
15 – Orientar e envolver o acompanhante nos cuidados prestados à puérpera.			
16 – Fazer banho com raios infravermelhos.	(no mamilo)	Tempo: D ( ) E ( )	Tempo: D ( ) E ( )
	(no períneo)	Tempo:	Tempo:
17 – Aplicar luva com água gelada no períneo.			

ENFERMEIRO: CARIMBO E ASSINATURA →			
------------------------------------	--	--	--

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIRETORIA DE ENFERMAGEM SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA	CLIENTE:  REGISTRO:	Q/L:
---	---------------------------	------



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

Este trabalho atingiu os objetivos propostos.  
Apresenta reflexão coerente em relação  
a prática e com o referencial teórico.  
Serve como subsídio importante para  
a academia. E reforça a importância  
de um referencial teórico para  
guiar a prática assistencial.

M. Queiroz  
F. 18/02/04